

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA EM
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: OBSTÁCULOS E
ESTRATÉGIAS DE MELHORIA DA ADEÇÃO

EVALUATION OF THE PATIENT SAFETY CULTURE ON
PRIMARY HEALTHCARE: BARRIERS AND STRATEGIES
TO IMPROVE ADHERENCE

Dissertação orientada pela Professora Doutora
Margarida Eiras e coorientada pela Professora
Doutora Maria José Lumini

Telma Marisa Santos Silva

Porto, 2017

“Daria tudo o que sei, por metade do que ignoro”

René Descartes

AGRADECIMENTOS

Na elaboração deste trabalho tive o apoio de muitas pessoas singulares e especiais a quem gostaria de agradecer:

Ao meu Pai, que plantou em mim um espírito inquieto de quem quer sempre saber mais;

À minha Mãe, que me ensinou o dom da perseverança e me incentivou a nunca desistir;

Às minhas Irmãs, pelo seu apoio, motivação constante, incentivo e dicas informáticas;

À Camila, que foi crescendo à medida que as páginas desta tese também cresciam, incentivando-me a ser sempre melhor;

Ao Pedro, pelo seu Amor, que me ajudou a superar obstáculos e a fazer crescer o dia;

À minha Família e Amigos que me apoiaram nesta demanda e compreenderam a minha quase ausência das suas vidas;

Às Orientadora e Co-orientadora, pela sua compreensão das condicionantes, pelo seu apoio efectivo e pela sua orientação neste meu novo caminho;

À Equipa da USF S. Miguel, em especial aos meus colegas, que permitiram que eu tivesse algum tempo para dedicar a este projecto: obrigado pelo vosso apoio incondicional!

À Coordenadora, Diretora Executiva e ao CCS, pelo tempo autorizado de ausência e pela ajuda na conciliação das múltiplas atividades;

Aos meus Colegas e Professores deste mestrado, que me acompanharam e contribuíram para a minha evolução, em especial à Professora Doutora Manuela Martins, que, pelo seu exemplo, me ensinou a ser melhor Enfermeira nos diferentes níveis de gestão;

Aos meus Doentes, fontes de inspiração e energia positiva, que me fazem sentir feliz e realizada enquanto enfermeira;

A todos, o meu sincero “Muito Obrigada!”: Sem o vosso apoio teria sido impossível!... Obrigada por existirem na minha vida e lhe darem um sentido tão especial!...

ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

ACeSEG - Agrupamento de Centros de Saúde Espinho/Gaia

ACSD - Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

CSD - Cultura de Segurança do Doente

CQS - Comissão de Qualidade e Segurança

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direcção Geral de Saúde

DQS - Departamento de Qualidade em Saúde

HSPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

IOM - *Institute of Medicine*

LINNEAUS Euro-PC - *Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primare Care*

WHO - *World Health Organization*

PSCHO - *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey*

Nº - Número

MaPSaFPC - *Manchester Patient Safety Framework – Primare Care*

MOSPSC - *Medical Office Survey on Patient Safety Culture*

MSI - *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument*

SAQ - *Safety Attitudes Questionnaire*

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SD - Segurança do Doente

SINUS - Sistemas de Informação nas Unidades de Saúde

RESUMO

A Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cuidados de Saúde Primários a nível nacional e internacional é ainda muito recente.

Em 2015, no Agrupamento de Centros de Saúde Espinho/Gaia, a taxa de resposta ao questionário de avaliação nacional da cultura de segurança do doente foi de 14,2%.

É necessário perceber quais os obstáculos à adesão a este questionário, quais as estratégias para melhorar a taxa de adesão nesta organização de saúde e identificar os pontos fortes e as áreas de melhoria da sua cultura de segurança.

Para dar resposta a estes objectivos foi desenhado um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Participaram neste estudo 17 enfermeiros das várias unidades funcionais, sendo o *focus group* o método de recolha de dados escolhido.

Foi identificado como ponto forte da cultura de segurança desta organização a dimensão seguimento do doente. A dimensão trabalho de equipa foi considerada por alguns enfermeiros como ponto forte e por outros como área de melhoria. Os participantes consideraram as restantes dimensões como áreas de melhoria.

Foram identificados vários obstáculos à adesão ao questionário relacionados com a organização, com os profissionais, com o questionário e com o contexto.

Foram sugeridas, pelos participantes, estratégias para melhorar a adesão à resposta ao questionário de avaliação da cultura de segurança: revisão da política de gestão da informação; designação de interlocutores locais; ampla divulgação da avaliação com afixação de cartazes e alertas periódicos durante o período de avaliação; gestão de tempo, melhoria da organização do trabalho, reforço dos recursos humanos e gestão da pressão e ritmo de trabalho; apresentação dos resultados da avaliação pelo interlocutor; divulgação das mudanças organizacionais decorrentes dos resultados da avaliação; promoção da cultura de segurança do doente através da sensibilização, motivação, formação e treino dos profissionais e reforço da capacidade informática.

É fundamental que as instituições conheçam os obstáculos a este tipo de avaliação e desenvolvam estratégias para melhorar a sua adesão. Esta avaliação, além de identificar as dimensões prioritárias de intervenção, permite à instituição monitorizar na prática o efeito da implementação de determinadas medidas correctivas e preventivas de melhoria contínua na cultura de segurança da organização, constituindo-se assim como um instrumento de gestão fundamental para a governação clínica.

Descritores: Cultura; Segurança do Paciente; Gestão de Riscos; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The evaluation of the Patient Safety Culture in Primary Healthcare both at national and international levels is yet too recent.

In 2015, in the primary healthcare units of Espinho/Gaia, the response rate to questionnaire of the evaluation of the national Patient Safety Culture was 14,2%.

It is mandatory to understand which factors influence the adherence to this questionnaire, to recognize which strategies that should be implemented to improve the response rate in this healthcare organization and to identify the strengths and weaknesses in the safety culture.

To answer these objectives, a qualitative, descriptive and exploratory study was designed. 17 nurses from different functional units participated in this study, being that the *focus group* was the method chosen for the collection of data.

In this organization, the dimension “patient following” was identified as a strength. The dimension “teamwork” was considered by some nurses as a strength and some considered it as a dimension that could be improved. The participants acknowledged the remaining dimensions as weaknesses.

Different barriers to the adherence to this questionnaire were identified being mostly related with the organization, with the professionals, with the questionnaire itself and the context.

The participants suggested various strategies to improve the response rate of this questionnaire: revision of the information management policy; designation of local partners; announcement of the evaluation with posters and periodic warnings during the evaluation time; time management, improvement of the work organization, more human resources and management of pressure and work rhythm; presentation of the results of the evaluation; announcement of the changes implemented after the announcement of results; promotion of the patient safety culture through the awareness, motivation and training of the professionals and technological reinforcement.

It is fundamental that the institutions acknowledge the barriers to this type of evaluation and develop new strategies to correct the adherence. Besides the identification of the dimensions that require a prioritary intervention, this evaluation enables the monitoring of the effect of the implementation of corrective and preventive measures that may contribute to the progress of the patient safety culture in the organization, becoming a valuable management tool in the clinical governance.

Key Words: Culture; Patient Safety; Risk Management; Primary Health Care.

ÍNDICE

ABREVIATURAS	vii
RESUMO	ix
ABSTRACT	xi
LISTA DE TABELAS	xv
LISTA DE FIGURAS	xvii
NOTA INTRODUTÓRIA.....	19
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	21
1.1 Segurança do Doente em CSP	21
1.2 Cultura de Segurança	28
1.3 Avaliação da Cultura de Segurança do Doente.....	36
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	55
3. RESULTADOS	67
3.1 Conceito de Segurança do Doente.....	68
3.2 Cultura de Segurança do Doente no ACeSEG	70
3.3 Obstáculos à adesão à resposta ao questionário de avaliação da cultura de segurança	78
3.3.1 Obstáculos relacionados com a organização	78
3.3.2 Obstáculos relacionados com os profissionais	82
3.3.3 Obstáculos relacionados com o questionário	85
3.3.4 Obstáculos relacionados com o contexto	86
3.4 Estratégias a utilizar para ultrapassar os obstáculos identificados	87
3.5 Implementação prática das estratégias na ACSD no ACeSEG em 2017.....	97
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	99
4.1 Conceito de Segurança do Doente.....	99
4.2 CSD do ACeSEG	101
4.3 Obstáculos à adesão ao questionário de ACSD no ACeSEG.....	107
4.4 Estratégias de melhoria de adesão ao questionário de ACSD no ACeSEG	110

CONCLUSÃO	117
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	135
Anexo 1 : Consentimento Informado	137
Anexo 2 : Sugestões de alteração do questionário dos participantes	139
Anexo 3 : Autorizações da Comissão de Ética e da ARS Norte.....	143

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 : Incidentes em CSP	26
Tabela 2 : Cultura de Segurança do Doente: dimensões e definições.....	34
Tabela 3 : Avaliação da Cultura de Segurança do Doente	36
Tabela 4 : Avaliação da CSD em CSP em Portugal.....	42
Tabela 5 : Comparação da ACSD nos Hospitais e em CSP.....	43
Tabela 6 : Estratégias para aumentar a taxa de resposta à ACSD propostas pela AHRQ.....	54
Tabela 7 : Etapas do focus group.....	65
Tabela 8 : Caraterização dos enfermeiros que participaram no estudo.....	67
Tabela 9 : Conceito de SD dos enfermeiros do ACeSEG	70
Tabela 10 : Pontos fortes e áreas de melhoria da CSD do ACeSEG	78
Tabela 11 : Obstáculos à adesão à resposta ao questionário de ACSD	87
Tabela 12 : Estratégias para ultrapassar obstáculos à adesão à resposta ao questionário de ACSD.....	96
Tabela 13 : Estratégias para aumentar a adesão à resposta ao questionário de ACSD no ACeSEG.....	97

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 : A saúde como atividade de risco (adaptado de Fragata, 2011).....	22
Figura 2 : Características da Cultura de Segurança.....	32
Figura 3 : Dimensões da CSD avaliadas pelo MOSPSC.....	39
Figura 4 : Dimensões da CSD avaliadas pelo MaPSaFPC.....	40

NOTA INTRODUTÓRIA

Num mundo em que os cuidados de saúde são cada vez mais complexos, em que a inovação tecnológica surge a cada instante, em que os recursos são cada vez mais escassos e os doentes são cada vez mais exigentes, muitos são os desafios com que se deparam os profissionais de saúde na prestação de cuidados com segurança e qualidade. Assegurar a prestação de cuidados de saúde seguros e de excelência torna-se assim uma das principais missões de qualquer organização de saúde.

Os doentes em Cuidados de Saúde Primários (CSP), procuram cuidados de saúde quer ao nível da promoção da sua saúde, quer na prevenção ou tratamento da doença, e esperam encontrar uma resposta válida, efetiva e segura às suas necessidades, fornecida por profissionais de saúde competentes, credíveis e confiáveis. Contudo, esses mesmos profissionais de saúde, como seres humanos que são, estão sujeitos à falibilidade.

A temática da Segurança do Doente (SD) ao nível dos CSP em Portugal é ainda uma área pouco estudada, pelo que a necessidade de aprofundar o conhecimento nesta área é um desafio que se coloca à Enfermagem e em particular ao Enfermeiro Gestor.

O objetivo do trabalho dos enfermeiros gestores é garantir uma prestação aos cidadãos de cuidados de enfermagem de excelência. Para uma prestação de cuidados de enfermagem com qualidade e segurança, é fundamental o desenvolvimento organizacional da Cultura de Segurança do Doente (CSD) nas instituições de saúde, o que pressupõe a sua monitorização sistemática.

Segundo a World Health Organization (WHO), a SD pode ser definida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável, face ao conhecimento atual, aos recursos disponíveis e ao contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou tratamento alternativo (WHOb, 2009).

A definição mais amplamente consensual de Cultura de Segurança, é a adotada pela WHOb (2009): é o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento, que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão de segurança de uma organização de saúde.

Este estudo inseriu-se no Mestrado de Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem e desenvolveu-se no âmbito da qualidade dos cuidados. Desenvolveu-se de setembro de 2015 a julho de 2017, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Tratou-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Ocorreu em contexto de CSP, mais especificamente no Agrupamento de Centros de Saúde Espinho/Gaia (ACeSEG), sendo os participantes enfermeiros das várias unidades de saúde do referido Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS). Opta-se pelo *focus group* como técnica de recolha de dados. A análise e o tratamento de dados foram realizados através da análise de conteúdo das contribuições recolhidas no *focus group*.

Este trabalho teve como finalidade contribuir para melhorar o conhecimento científico na área da SD, nomeadamente na área da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente (ACSD) em contexto de CSP, na perspetiva dos enfermeiros. Também pretendeu compreender os obstáculos à adesão à resposta ao questionário de ACSD em CSP e estratégias para os ultrapassar.

Este estudo teve como objetivos: compreender a perspetiva dos enfermeiros, em relação aos obstáculos à adesão ao questionário de ACSD dos enfermeiros do ACeSEG; identificar, com os enfermeiros, as estratégias a utilizar para ultrapassar os obstáculos identificados à ACSD pelos enfermeiros do ACeSEG; identificar dimensões fortes e áreas a melhorar na Cultura de Segurança do ACeSEG.

Este trabalho foi estruturado em quatro partes principais: enquadramento teórico, enquadramento metodológico, resultados e discussão, as quais se apresentam de forma sequencial. Assim, uma primeira parte, o enquadramento teórico, é composto por três subcapítulos, onde se apresenta a evidência da SD, a Cultura de Segurança e a ACSD, em contexto dos CSP. A segunda parte apresenta o enquadramento metodológico, onde é apresentada a metodologia utilizada. Na terceira parte, é realizada a análise dos resultados relativos ao conceito de segurança do doente, cultura de segurança do doente, obstáculos à adesão ao questionário de ACSD e estratégias para melhorar a adesão e será apresentado o resultado da implementação prática das estratégias na ACSD do ACeSEG em 2017. Numa quarta parte será realizada a discussão dos resultados. Serão depois apresentadas as conclusões da investigação, limitações e linhas de orientação futuras ou sugestões.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Apresenta-se em seguida o enquadramento teórico da área temática para uma melhor compreensão da mesma assim como da génese do próprio estudo.

Será explorada a evidência científica existente sobre SD, nomeadamente em contexto dos CSP. Seguidamente será apresentada a Cultura de Segurança com abordagem das suas características, dimensões e relação com qualidade. Entrar-se-á então no conceito principal desta investigação, a ACSD, com ênfase na sua avaliação em contexto de CSP, obstáculos à adesão e estratégias para os ultrapassar.

1.1 Segurança do Doente em CSP

Segundo o Institute of Medicine (IOM), a Qualidade dos Cuidados de Saúde pode ser entendida como o modo como os serviços de saúde, com o atual nível de conhecimentos, aumentam a possibilidade de obter os resultados desejados e reduzem a possibilidade de obtenção de resultados indesejados (IOMa, 1990).

A SD é uma dimensão-chave da qualidade dos cuidados de saúde, a par de outras dimensões da qualidade como a eficácia, eficiência, acesso, equidade, adequação, oportunidade, aceitabilidade, capacidade de resposta ao doente/centralidade no doente, satisfação, melhoria da saúde e continuidade dos cuidados (Legido-Quigley et al., 2008). A SD pressupõe assim *“a não exposição de um doente a um dano desnecessário real ou potencial associado à prestação de cuidados de saúde”* (Conselho da União Europeia, 2009, p.3). As Organizações de Saúde, detentoras de elevada complexidade dada as múltiplas relações de interdependência que lhe são inerentes, estão mais sujeitas à falibilidade (Fragata, 2011). Podemos então afirmar que *“A prestação de cuidados de saúde é uma atividade de risco. Risco para os doentes, para os profissionais e para todos os players envolvidos, encontrando-se entre as mais perigosas.”* (Fragata, 2011, p.15), como apresentado na Figura 1 seguinte:

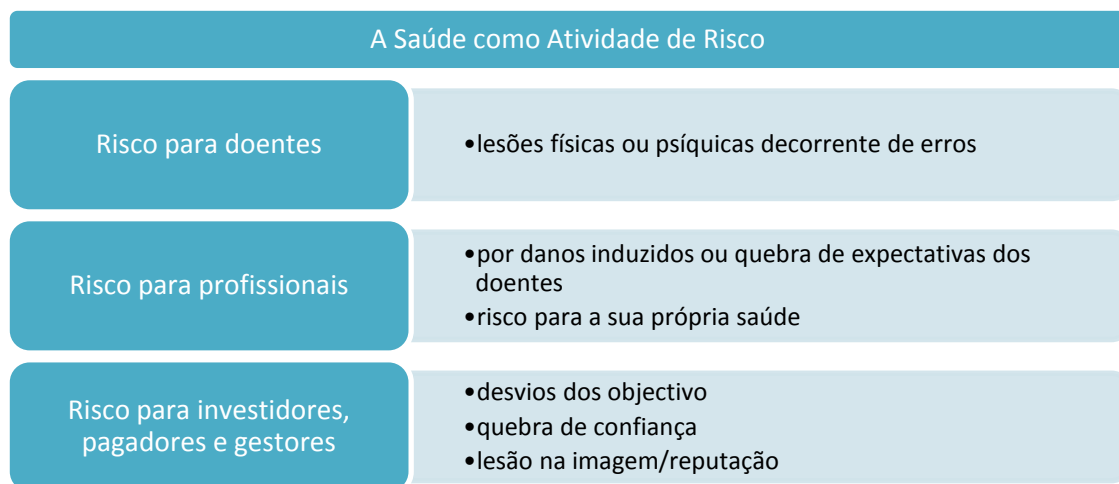


Figura 1 : A saúde como atividade de risco (adaptado de Fragata, 2011)

Existem vários dados internacionais, europeus e nacionais relacionados com a SD. Uma das primeiras estimativas na área da SD, datada de 1999, estimava a ocorrência de entre 44.000 e 98.000 mortes por ano em hospitais americanos devido a erros clínicos, sendo que, mesmo os erros que não resultavam em morte, podiam resultar em danos ou numa estadia prolongada com aumento de custos para o indivíduo, para o hospital e para a comunidade. De realçar que mais de 50% desses eventos eram considerados evitáveis, podendo ser reduzidos se houvesse investimento na promoção da aprendizagem com os erros, na melhoria do sistema em vez da culpabilização individual, na implementação de sistemas de notificação obrigatórios ou voluntários e no desenvolvimento de uma forte liderança de segurança (IOMb, 1999).

A partir de 2000, a temática da SD entra para a agenda internacional, germinando institutos, associações e organizações em todo o mundo: por exemplo, *National Patient Safety Agency* (Reino Unido), *Danish Society for Patient Safety* (Dinamarca); *Australian Patient Safety Agency* (Austrália); *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (Estados Unidos); *World Alliance for Patient Safety* (WHO). No âmbito dos CSP, desde 2009, destaca-se o projeto europeu *Learning from International Networks about Errors and Understanding Safety in Primare Care* (LINNEAUS Euro - PC), coordenado pela *European Society for Quality in Healthcare*, com a colaboração de vários países europeus (Inglaterra, Dinamarca, Holanda, Alemanha, Espanha, Grécia, Áustria, Polónia e Escócia).

O Conselho da União Europeia reconheceu na sua recomendação (2009) que, nos Estados-Membros, 8% a 12% dos doentes internados em hospitais foram afetados por eventos adversos ao receberem cuidados de saúde. Estes vão desde infeções associadas aos cuidados de saúde (que representam cerca de 25% dos eventos adversos) a erros

relacionados com a medicação, erros cirúrgicos ou de diagnóstico, falhas de dispositivos médicos ou omissão sobre os resultados dos testes (Comissão Europeia, 2006). Reconheceu ainda que estes Estados se encontram em diferentes níveis de desenvolvimento e de aplicação de estratégias eficazes e exaustivas em matéria de SD.

Na recomendação do Conselho da Europa (2009, p.1), este reconheceu que “ *a insuficiente segurança dos doentes constitui um grave problema de saúde pública e representa um pesado ônus económico para recursos de saúde limitados*”. Por isso, progressivamente e sobretudo nos últimos anos, vários países investiram nesta área, nomeadamente em temas como a CSD (Comissão Europeia, 2012). A Comissão Europeia (2012, p.14) reconhece que “ *os esforços centram-se nos cuidados hospitalares, observando-se apenas alguns exemplos de ações que abordam os cuidados primários*”, pelo que recomenda a extensão aos cuidados não hospitalares das estratégias e programas aplicáveis aos cuidados hospitalares. A Comissão Europeia (2014) na segunda reavaliação, já reconhece que os Estados-Membros fizeram progressos no desenvolvimento de políticas no domínio da segurança dos doentes desde a adoção da recomendação em 2009.

Em Portugal, em 1999, foi criado o Instituto de Qualidade em Saúde, extinto em 2006. Desde 2008, as competências nas áreas do planeamento e programação da política para a qualidade no Serviço Nacional de Saúde estão a cargo da Direcção Geral da Saúde (DGS), que em fevereiro de 2009, cria, integrado na sua estrutura, o Departamento da Qualidade na Saúde. Este coordena a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a qual inclui o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Este Plano visa reforçar a melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde, para benefício dos doentes e dos profissionais. Apresenta nove objetivos estratégicos, sendo que o seu primeiro objetivo estratégico é a melhoria da Cultura de Segurança do ambiente interno, constituindo-se como um imperativo e uma prioridade estratégica (Despacho n.º 1400-A/2015).

Os CSP são definidos na Declaração de Alma Ata, pela WHOa (1978) como:

“[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e auto determinação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e económico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde

peças vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um processo contínuo de assistência à saúde.[...] “ (WHOa, 1978)

Quando se aborda o tema da Segurança do Doente, utiliza-se o termo doente ao invés de clientes, utentes ou consumidores, pois segundo a Classificação Internacional da Segurança do Doente, um doente é a pessoa que recebe os cuidados de saúde, em si definidos como serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restabelecer a saúde (DGS, 2011). Adoptou-se neste trabalho o termo doente, mantendo-se o termo utente quando este é expressamente verbalizado pelos participantes.

Os doentes em CSP, procuram cuidados de saúde quer ao nível da promoção da sua saúde quer na prevenção ou tratamento de doença e na reabilitação. Em muitos países da Europa, o acesso a cuidados especializados ocorre por meio de cuidados primários ou generalistas (LINNEAUS Euro-PC, 2016). A assistência em CSP é responsável por quase 80% dos problemas de saúde relatados a um médico em comparação com 5% para os cuidados hospitalares (LINNEAUS Euro-PC, 2016).

A investigação na área da SD tem-se desenvolvido sobretudo na área hospitalar (WHOC, 2012; Sousa, Uva & Serranheira, 2010) porque nestas organizações: os procedimentos são de maior risco; existe maior volume, diversidade e especificidade dos cuidados; há maior gravidade das situações; têm sistemas de informação que permitem recolha e sistematização da informação; existe maior complexidade organizacional (Sousa, Uva & Serranheira, 2010).

Os resultados dos cuidados secundários não podem ser extrapolados facilmente para os CSP (WHOC, 2012; Klemp et al., 2015) pela diferente natureza dos ambientes e diferentes características dos doentes. Os dois contextos diferem nos tipos de incidentes, relacionamentos do provedor–doente, estruturas organizacionais e requisitos regulamentares e legislativos. Existe também um maior desafio em relação à transferência de informação entre as partes envolvidas (Klemp, et al., 2015).

Assim, apesar da percepção errada de que, nos CSP, a SD não constitui um problema dado ser um ambiente dotado de baixa tecnologia, nos CSP ocorrem todos os dias milhões de interações em toda a União Europeia (LINNEAUS Euro-PC, 2016). Aliado a isso acresce o fato de que os eventos adversos medicamentosos que ocorrem em ambulatório são mais fatais do que os que ocorrem em meio hospitalar, devido à baixa monitorização de proximidade pelos profissionais (Júnior et al., 2010; Peyton et al., 2010; Comité on

Identifying and preventing Medication Errors, Boardon Heath Care Services, 2007; Mendes & Barroso, 2014).

Pelo seu contexto próprio, a SD em CSP, apresenta características específicas: os tratamentos e medicamentos prescritos são geralmente administrados pelos próprios doentes, é mais frequente a incerteza de diagnóstico, gestão de polifarmácia, cultura de mudança organizacional contínua e potencial sobrecarga de informação (Daker-White et al., 2015). Também Ribas (2010) partilha desta opinião ao afirmar que algumas características dos cuidados em Medicina Familiar predis põem à ocorrência de falhas: os ambientes de trabalho incertos e em constante mudança, as múltiplas fontes de informação por vezes contraditórias, as imprecisões, a necessidade de processar informação actualizada em circunstâncias e situações que mudam rapidamente, a presença da incerteza no diagnóstico, a importância de actuar por vezes de forma imediata, os momentos de intenso *stress* intercalados com longos períodos de actividade rotineira e repetitiva, a variabilidade individual e o ambiente de trabalho altamente influenciado por normas grupais e pela cultura organizacional ou a falta dela. Os CSP devem por estas características serem campo de aplicação de procedimentos de segurança.

Assim é fundamental estudar a SD em CSP porque os mecanismos organizacionais dos CSP são muito mais heterogêneos e, em praticamente todos os países europeus, os arranjos organizacionais entre cuidados primários e secundários são diferentes e complexos; há uma multiplicidade de locais onde os cuidados são realizados (nos centros de saúde, por telefone, no domicílio dos doentes, etc.); as interfaces entre os cuidados primários e especializados são extremamente importantes e variam muito entre os países europeus; as consultas e habilidades interpessoais são essenciais para a prestação de cuidados primários e questões que exploram relacionadas com a SD nesta área colocam desafios específicos (LINNEAUS Euro-PC, 2016).

Em Portugal, existem 225 hospitais, 387 centros de saúde e 1199 extensões (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Realizaram-se, no ano de 2015, um total de 28776550 consultas médicas e 20054418 consultas de enfermagem (Ministério da Saúde, 2016), valor superior ao número de consultas médicas externas hospitalares (12101613) no mesmo período (Ministério da Saúde, 2016). Estes dados, por si só, fundamentam o fato das instituições de CSP serem, à semelhança dos hospitais, locais propícios à ocorrência de incidentes. Se considerarmos que, 1 a 2% das consultas em CSP estão associadas a um evento adverso (The Health Foundationa, 2011), podemos estimar que no ano de 2015,

considerando as consultas médicas e de enfermagem podem ter acontecido entre 448 a 977 mil eventos adversos nos CSP em Portugal. Num país em que existe uma deficiente CSD nos serviços de saúde portugueses e em particular nos CSP, onde esta temática não tem sido, até à data, sistematicamente incluída nas prioridades estratégicas de quem organiza e presta este tipo de cuidados (Mendes et al., 2014) este problema torna-se relevante, sobretudo porque 45-76% desses eventos serão evitáveis (Makeham et al., 2008).

A ilustrar a permência da temática a tabela 1 abaixo resume a revisão sistemática realizada por Makeham et al. (2008), o relatório da Agencia de Calid del Sistema Nacional de Salud (2008) e as conclusões do projeto LINNEAUS Euro-PC (2009-2013) (LINNEAUS Euro-PC, 2016). Deve-se considerar que, nem todos os incidentes são eventos adversos, pois, por definição, um incidente pode ser uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso), sendo que um evento adverso é um incidente que resulta em danos para o doente. O dano implica prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante, incluindo doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte, e pode ser físico, social ou psicológico (DGS, 2011).

Tabela 1 : Incidentes em CSP

Taxa de incidentes	0.004-240 incidentes /1000 consultas em CSP	Prevalência de incidentes: 7,45 ‰. Prevalência de eventos adversos: 18,63‰ Prevalência acumulada de doentes com mais que um EA: 6,7%	37-600 incidentes/dia
Evitabilidade	45-76%	70,2% claramente evitável 23,1% pouco evitável 6,7% completamente inevitável	
Tipo de Incidentes	Incidentes relacionados com: 26-57% diagnóstico 7-52% tratamento 13-47% investigação 9-56% administrativos 5-72% comunicação.	Incidentes relacionados com: 48,2% medicamentos 25,7% cuidado 24,6% comunicação 13,1% diagnóstico 8,9% gestão 14,4% outras causas.	Os incidentes podem ser classificados em 4 áreas: diagnóstico prescrição comunicação entre profissionais e os doentes aspetos organizacionais
Danos recorrentes de incidentes	Variam entre 1,3 incidentes menores por 1000 tratamentos a 4% morte 17-39% resultam em dano;	54,7% ligeiros 38,0% moderado 7,3% grave.	50% sem consequências 20% não são clinicamente relevantes 30% originam danos (1/3 resulta em consequências

	70-76% com potencial para provocar danos		graves incluindo a morte)
Fonte	Makeham et al. (2008)	Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (2008)	LINNEAUS Euro-PC (2016)

A SD é importante neste primeiro nível de cuidados, pois apesar do elevado número de consultas em CSP resultar em baixa taxa de eventos adversos e de baixa gravidade ou ligeiros, mesmo assim, ainda são afetados em média 7/100 cidadãos por ano, sendo que 25% dos eventos adversos não exigem cuidados acrescidos, 25% tiveram que ser encaminhados para atendimento especializado e 50% foram resolvidos diretamente nos CSP (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2008), pelo que a SD em CSP deve ser uma preocupação dos decisores.

Para a The Health Foundationa (2011), as principais fontes de eventos adversos neste contexto incluem: fatores humanos, como trabalho em equipa, comunicação, *stress* e burnout; fatores estruturais, tais como sistemas de comunicação, processos e ambiente e fatores clínicos, como é o caso da medicação. Esta posição vai de encontro aos resultados do estudo realizado por Daker-White et al. (2015) em que os autores compilaram as causas de eventos adversos em CSP: características ou comportamento de funcionários e doentes; comunicação médico-doente, papéis e responsabilidades profissionais, questões sistémicas relacionadas com o atendimento.

Num estudo realizado na Suíça com médicos e enfermeiros de CSP, por Schwappach et al (2012), as ameaças à SD mais citadas foram a segurança da medicação, a triagem por enfermeiros e as interações medicamentosas. Os médico referiram sobretudo erros no diagnóstico, interações medicamentosas e seguimento dos doentes enquanto que os enfermeiros descreveram como ameaças a confusão de doentes ou registos, a segurança dos consultórios e a confidencialidade.

O grupo LINNEAUS Euro- PC (Klemp et al., 2015), propõe uma classificação de incidente de segurança do doente para cuidados primários (PSIC-PC) com cinco dimensões: tipo de incidente, fatores contribuintes / causais para o incidente, resultado do incidente, detalhes do incidente e estratégias de prevenção de incidentes para eventos futuros.

Sendo que, *“Uma grande parte dos eventos adversos, quer no sector hospitalar quer nos cuidados primários, podem ser prevenidos e, na sua maioria, tais eventos parecem dever-se*

a fatores sistémicos.” (Conselho da União Europeia, 2009, p.1), é fundamental promover uma CSD positiva e justa nas organizações de saúde neste nível de cuidados.

1.2 Cultura de Segurança

A cultura nas organizações de saúde é algo que lhe é inerente, faz parte da sua identidade, é intrinsecamente parte de si. A cultura é o conhecimento adquirido e coletivo que grupos ou categorias de pessoas usam para interpretar experiências e gerar comportamentos, que os distingue de outros grupos ou categorias de pessoas. (Guldenmund, 2014). É a memória coletiva de um grupo e está portanto, totalmente entrelaçada com a história desse grupo. A cultura é aprendida e não herdada, pelo que não só influencia o comportamento como o comportamento dos outros é interpretado na cultura. Uma pessoa pode pertencer a muitos grupos e partilhar várias culturas com pessoas diferentes, o que torna difícil o estudo cultural (Guldenmund, 2014).

Apesar da maioria das abordagens ver a cultura como algo que a organização ou local de trabalho “tem”, há autores que consideram a cultura como algo que a organização “é” (McDonald & Waring, 2014). A partir desta perspetiva, é difícil ver a culturas como um recurso ou propriedade de uma organização, mas ao contrário, ela é (re)construída dentro da vida organizacional do dia-a-dia. Ela é integralmente ligada não só ao que fazemos, ou como vemos o mundo, mas quem somos e como nos vemos a nós mesmos, seja como indivíduos ou ocupações (McDonald & Waring, 2014).

A maioria dos investigadores representa a cultura como algo que consiste num núcleo rodeado por uma ou mais camadas, semelhante à anatomia de uma cebola. Enquanto o núcleo é algo escondido, invisível e relativamente intangível, que representa os pressupostos básicos do grupo que ajudam os seus membros a compreender a realidade, a cultura projeta-se a si mesma gradualmente através e para as camadas exteriores, que são manifestações do núcleo, sob a forma de normas, rituais, instituições, símbolos e comportamentos. Quanto mais afastada for a camada do núcleo, mais facilmente pode ser observada, mas também, mais indireta ou interpretativa se torna a sua relação com o núcleo, pelo que não é simples compreender uma cultura a partir da(s) sua(s) camada(s) externa (s) (Guldenmund, 2014).

Na opinião de Frankel & Leonard (2013), a cultura é determinada localmente na unidade e o leque de perceções é ampla. Uma vez que a cultura é definida principalmente ao nível

local, as culturas nacionais não devem ser comparadas normativamente (Guldenmund, 2014). No entanto, dentro dos seus limites, uma cultura nacional fornece normas para pensamentos e ações, percepções e comportamentos. Portanto, as ações e justificativas para estas ações numa cultura nacional podem ser comparadas com as normas que se desenvolveram no interior dessa cultura (Hofstede, 2001 citado por Guldenmund, 2014).

As instituições de saúde têm uma ou mais culturas organizacionais próprias. A cultura organizacional é um conjunto de crenças partilhadas entre um grupo de indivíduos de uma organização (WHOd, 2008). A cultura de uma organização representa as crenças, normas e valores subjacentes mantidos por seus empregados (Talati & Griffin, 2014). Nas organizações de saúde operam vários grupos profissionais, com diferentes funções, qualificações, tarefas e experiências. Através de interações profundas e emocionais entre eles e com os doentes, desenvolvem-se sistemas comuns de significado profundo em equipas, unidades e organizações (McDonald & Waring, 2014).

O conceito CSD é um razoavelmente novo desenvolvimento do conceito Cultura de Segurança Organizacional. Tal como acontece com outros tipos de cultura, a adição "SD" serve como um qualificador para o conceito geral da cultura organizacional. Podemos assim dizer que a cultura organizacional pode ser favorável, ou desfavorável, para a SD (Guldenmund, 2014).

O termo Cultura de Segurança surge após o acidente nuclear de Chernobyl, em 1988. Foi inicialmente desenvolvida em organizações de elevado risco e maior confiabilidade como a indústria nuclear e a aviação. Só mais tarde este conceito se alargou à área da saúde. O relatório *"To Error is Human: Building a Safer Health System"*, publicado em 1999 pelo IOMb, fez despertar o interesse público e político neste domínio. Esta pesquisa constituiu-se como o primeiro de muitos estudos nesta área, que nos últimos anos tem apresentado um rápido desenvolvimento.

A definição mais amplamente consensual de Cultura de Segurança, é a adotada pela WHO (2009) proposta pelo Comité Consultivo sobre as Instalações de Segurança Nuclear (1993): é o produto dos valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento, que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão de segurança de uma organização de saúde (WHO (2009); Sorra, et al. (2014); McDonald & Waring (2014); Halligan & Zecevic (2011)).

Outra definição consensual de CSD é a proposta pelo Conselho da Europa em 2005 e adotada pela WHO em 2009: um modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em convicções e valores partilhados que procura continuamente

minimizar o dano ao doente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados (WHOb,2009).

A CSD é assim *“Um modelo integrado de comportamento individual e organizacional, baseado em convicções e valores partilhados que procura continuamente minimizar o dano ao doente que pode resultar dos processos de prestação de cuidados”* (Conselho da Europa, 2005, p.3).

Sousa (2013, p.9) define de uma forma muito simples a CSD: *“é a forma como os profissionais de saúde, no seu ambiente de trabalho, agem por forma a tornar a prestação de cuidados ao doente mais segura”*.

Diversos estudos têm documentado uma variação considerável na perceção de CSD entre organizações e descrições de trabalho (AHRQd, 2017). Segundo a AHRQd (2017), a CSD é fundamentalmente um problema local, em que as grandes variações na perceção da CSD podem existir dentro de uma única organização. A perceção da CSD pode ser elevada numa unidade e baixa noutra, ou alta ao nível da gestão e baixa entre os prestadores de cuidados diretos.

Existem autores que distinguem o conceito de CSD do conceito de Clima de Segurança, considerando que a CSD é um conceito mais amplo, manifesta por detrás da estrutura de Clima de Segurança (Hammer & Manser, 2014) e que a cultura é mais interpretativa (The Health Foundationb, 2013). O Clima de Segurança tem sido caracterizado como reflexo da manifestação superficial da CSD (Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014; Carthey, 2014), sendo regido pela CSD em questões contextuais e possivelmente locais (Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014). O Clima de Segurança é comumente definido na literatura como as características de superfície da CSD de atitudes e perceções dos indivíduos num determinado ponto no tempo ou os componentes mensuráveis de CSD (Halligan & Zecevic, 2011). Apesar de existirem autores que fazem esta distinção entre os conceitos, muitos outros utilizam os dois termos alternadamente, com termos e definições semelhantes (Talati & Griffin, 2014; Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014), sendo que, a maioria dos investigadores prefere o termo CSD e a maioria dos estudos usa, mas não define, CSD ou Clima de Segurança (Halligan & Zecevic, 2011). No âmbito deste trabalho opta-se pelo uso do termo CSD.

Uma organização com uma Cultura de Segurança é uma organização que possui as seguintes características:

- Reconhecimento da natureza de alto risco das atividades de uma organização e a determinação de desenvolver operações seguras consistentemente (AHRQd, 2017;

WHOb, 2009), pelo que os funcionários apresentam uma constante e ativa consciência do erro (Conselho da Europa, 2005; McDonald & Waring, 2014);

- todos os funcionários da organização aceitam a responsabilidade ou a segurança deles próprios, dos seus colaboradores, doentes e visitantes (WHOb, 2009); todos são incluídos nas decisões que afetam a segurança e é regularmente solicitada a sua opinião e dado *feedback* (Health and Safety Executive, 2002);
- A organização prioriza a segurança relativamente a fins financeiros e operacionais (WHOb, 2009; WHOd, 2008) pelo que os trabalhadores podem interromper um trabalho se não se sentirem seguros (Health and Safety Executive, 2002); na organização é raro alguém usar atalhos ou correr riscos desnecessários (Health and Safety Executive, 2002);
- tem uma cultura aberta, justa e informada, que incentiva as pessoas a falar sobre os erros (Conselho da Europa, 2005; Carthey, 2014);
- estimula e recompensa a identificação, a comunicação e a resolução de questões de segurança (WHOb, 2009) num ambiente livre de culpa, onde os indivíduos são capazes de reportar erros ou *near misses*, sem medo de reprimenda ou punição (AHRQd, 2017; WHOb, 2009) incentivando a aprendizagem organizacional com os eventos adversos (Conselho da Europa, 2005; WHOb, 2009; McDonald & Waring, 2014);
- comprometimento organizacional com recursos, estrutura e responsabilidade apropriados para manter sistemas de segurança eficazes (WHOb, 2009; AHRQd, 2017);
- é marcada pela comunicação aberta, trabalho de equipa e pelo reconhecimento de dependência mútua (WHOd, 2008) com incentivo à colaboração entre níveis e disciplina para procurar soluções para os problemas de SD (AHRQd, 2017; WHOb, 2009);
- os gestores visitam regularmente o local de trabalho e discutem questões de segurança com a força de trabalho (Health and Safety Executive, 2002).

A figura 2 seguinte resume as características da Cultura de Segurança:



Figura 2 : Características da Cultura de Segurança

Segundo McDonald & Waring (2014), uma organização com uma Cultura de Segurança positiva tem as seguintes características:

- “consciência situacional” ou “atenção plena ao perigo”- onde os funcionários estão atentos aos riscos potenciais no local de trabalho;
- *Sense-making* individual e coletivo - que permita aos funcionários reconhecer e compreender a influência de fatores a montante e fatores de nível de sistema, sem culpabilização individual;
- Comunicação e abertura - onde os funcionários se sintam confiantes e reconheçam a necessidade de partilhar as suas experiências de prática insegura para promoverem a solução de problemas e aprendizagem;
- Valorizar e priorizar a segurança - onde os profissionais partilham a crença de que a segurança é essencial para a prática operacional;
- Aprendizagem e mudança- onde a experiência da prática insegura fornece as bases para reflexão, análise e desenvolvimento de segurança reforçando as intervenções com os procedimentos de aprendizagem adaptados;
- Liderança pró-ativa e comprometimento organizacional- para que a importância da segurança seja articulada na estratégia organizacional, desempenho, expectativas e práticas.

Para Frankel & Leonard (2013), a CSD é um ambiente colaborativo, no qual clínicos especializados se tratam com respeito, líderes conduzem trabalho efetivo e promovem segurança psicológica, equipas aprendem com os erros e *near misses*, cuidadores estão cientes das limitações inerentes ao desempenho humano em sistemas complexos e existem processos de aprendizagem e melhoria visíveis através de *debriefings*.

A cultura da culpabilização individual é ainda dominante e tradicional nos cuidados de saúde e, sem dúvida, dificulta o avanço de uma Cultura de Segurança (AHRQd, 2017). É importante realçar que a não culpabilização associada à Cultura de Segurança não significa desresponsabilização dos indivíduos, daí o conceito de cultura justa que tem vindo a ganhar relevância. A Cultura de Segurança justa visa identificar e agir sobre o risco associado fatores sistémicos e organizacionais, contudo, a nível da responsabilidade individual mantém tolerância zero para o comportamento imprudente. A Cultura de Segurança justa distingue entre o erro humano (por exemplo, deslizos), o comportamento de risco (por exemplo, tomar atalhos), e comportamento imprudente (por exemplo, ignorar etapas de segurança necessárias). Assim, mais do que a gravidade do que o erro resultante, a cultura justa sanciona o tipo de comportamento que levou ao erro, por exemplo, o comportamento imprudente, como recusar-se a realizar uma verificação antes de um tratamento, o que mereceria ação punitiva, mesmo que não tenha resultado prejuízo para os doentes (AHRQd, 2017).

A cultura pode ser descrita com um número limitado de aspetos, por exemplo dimensões, facetas ou fatores (Guldenmund, 2014). Embora os rótulos de dimensões variem frequentemente, é evidente que dimensões semelhantes (de acordo com o significado dos rótulos) podem ser vistas através dos diferentes conjuntos de dimensões (Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014).

Foram propostos um número de dimensões de Cultura de Segurança (escalas, fatores, componentes ou aspetos), que vão desde os aspetos psicossociais (satisfação, motivação, moral, espírito de equipe, etc.) a fatores comportamentais e de atitude sobre trabalho, gestão, organização, comunicação de incidentes e outros problemas relacionados com a segurança (Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014).

As dimensões da Cultura de Segurança podem ser classificadas em: gerais, em que os elementos centrais são geralmente aplicáveis a qualquer contexto de saúde e "dependentes da nação", que são específicos da cultura nacional ou sistema de saúde do país (Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014).

Halligan & Zecevic (2011), na sua revisão da literatura, identificam as dimensões mais frequentemente citadas: compromisso da liderança para a segurança; comunicação aberta baseada na confiança; aprendizagem organizacional; abordagem não punitiva para notificação e análise de eventos adversos; trabalho em equipa e crença partilhada na importância da segurança.

Itoh, Andersen & Mikkelsen (2014), sugerem como elementos "centrais" da CSD: comprometimento da gestão com a segurança; sistemas de segurança; carga de trabalho; comunicação; trabalho em equipa; liderança e abordagem não punitiva (ou sem culpa).

A tabela 2 apresenta as dimensões da CSD avaliadas pelo *Medical Office Survey on Patient Safety Culture* (MOSPSC) e suas definições segundo Famolaro et al. (2016):

Tabela 2 : Cultura de Segurança do Doente: dimensões e definições

Dimensão da CSD	Definição
Comunicação acerca do erro	Os funcionários estão dispostos a relatar os erros que observam e sentem que os seus erros não são mantidos contra eles; Gestores e profissionais falam abertamente sobre problemas da instituição e de como evitar os erros.
Abertura na Comunicação	Os gestores da instituição estão abertos às ideias da equipa de como melhorar os processos da instituição, e os funcionários são encorajados a expressar pontos de vista alternativos e não têm dificuldade em discordar.
Processos e Standardização	A instituição está organizada, tem um efectivo fluxo de trabalho, tem processos padronizados para concluir as tarefas e tem procedimentos adequados para verificar a exactidão do executado.
Aprendizagem Organizacional	A instituição tem uma cultura de aprendizagem que facilita a mudança nos seus processos para melhorar a qualidade dos cuidados ao doente e avalia a efetividade das mudanças.
Percepções gerais de Qualidade e SD	A qualidade do atendimento ao doente é mais importante que a quantidade, os processos da instituição são eficazes na prevenção de erros e estes não acontecem mais do que deviam.
Liderança e Apoio da gestão	A liderança da instituição apoia ativamente a qualidade e a segurança, coloca uma alta prioridade na melhoria dos processos de assistência ao doente, não negligencia os erros e as decisões são baseadas no que é melhor para os doentes.
Seguimento do Doente	A instituição lembra aos doentes sobre consultas, documenta como os doentes seguem os planos de tratamento, faz o acompanhamento dos doentes que necessitam de monitorização e dos relatórios de um fornecedor externo quando não são recebidos.
Treino dos profissionais	A instituição fornece aos profissionais efectivo treino em serviço, capacita-os em novos processos e não lhes atribui tarefas para as quais não foram treinados para executar.
Trabalho em equipa	A instituição tem uma cultura de trabalho em equipa, respeito mútuo e estreitas relações de trabalho entre o pessoal e os prestadores.
Pressão de trabalho e ritmo	Existem profissionais suficientes e fornecedores para lidar com a carga de doentes e o ritmo de trabalho não é agitado.

A Cultura de Segurança pode ser associada a:

- Melhoria dos comportamentos de segurança (Agnew & Flin, 2014; Cooper & Phillips, 2004; Griffin & Neal, 2000; Clarke, 2006; Felknor et al., 2000; Agnew, Flin & Mearns, 2013) do desempenho de segurança (Nahrgang, Morgeson & Hofmann, 2010) e da performance, conhecimento e motivação de segurança (Griffin & Neal, 2000);
- Diminuição das lesões e acidentes de trabalho (Barling, Loughlin & Kelloway, 2002; Clarke, 2006; Felknor et al., 2000; Huang et al., 2006; Carthey, 2014; Agnew, Flin & Mearns, 2013; Gimeno et al., 2005) nomeadamente lesões nas costas a enfermeiros (Hofmann & Mark, 2006; Agnew & Flin, 2014; Mark et al., 2007), exposição a sangue e fluidos corporais (Gershon et al., 2000; Agnew & Flin, 2014), picada de agulha e acidentes com cortoperfurantes (Smith, et al., 2010);
- Compromisso da administração com a segurança, o seu estilo de comunicação e liderança e as regras explícitas para notificar (Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014);
- Motivação dos funcionários, perceção de erros e atitudes em relação à gestão e aos fatores que têm impacto na segurança, por exemplo, *stress*, carga de trabalho, a fadiga, a assunção de riscos e violações de regras ou procedimentos (Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014);
- Diminuição da ocorrência de eventos (Frankel & Leonard, 2013; AHRQd, 2017; Najjar et al, 2015), nomeadamente erros de medicação (Hofmann & Mark, 2006; Agnew & Flin, 2014) e infeções (Gershon et al., 2000; Agnew & Flin, 2014) nomeadamente do trato urinário (Hofmann & Mark, 2006; Agnew & Flin, 2014);
- Satisfação do doente e do enfermeiro, assim como às perceções do doente da recetividade do enfermeiro (Hofmann & Mark., 2006; Agnew & Flin, 2014);
- Prestação de melhores cuidados (Frankel & Leonard, 2013) com diminuição da mortalidade hospitalar (Huang, et al., 2010; Agnew & Flin, 2014) e criação de cultura de responsabilização, com criação de valor para doentes e prestadores de cuidados (Frankel & Leonard, 2013).

1.3 Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

Em cuidados de saúde, a garantia da qualidade e segurança assume um papel nuclear, constituindo-se a SD, dimensão da qualidade, como um valor a defender. A ACSD é fundamental para a gestão da qualidade numa organização de saúde, pois, como já dizia Kaplan e Norton (1997), *“Medir é importante: o que não é medido não é gerido”*. Esta abordagem do “medir e gerir” não deve contudo negligenciar ou ignorar questões importantes relacionadas com a prática profissional, o trabalho em equipa, a cultura e a complexidade organizacional (Daker-White et al., 2015).

Instituições internacionais como a WHOd (2008), reconhecem a importância de medir a CSD para melhor a compreender e melhorar a SD. A nível nacional, o Ministério da Saúde reconhece a ACSD como condição essencial para a introdução de mudanças nos comportamentos dos profissionais e para o alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados que prestam aos doentes (Despacho n.º 1400-A/2015).

“A pesquisa da cultura destina-se a descrever a lente, através da qual um determinado grupo experiencia a sua realidade” (Guldenmund, 2014, p. 37). Na opinião de Frankel & Leonard (2013), uma boa ACSD, com altas taxas de resposta (mais de 60% dos prestadores de cuidados), na unidade local, fornece informações valiosas sobre o que é ser secretário, enfermeiro, médico ou outro cuidador na unidade onde se vive a cultura.

A tabela 3 resume as respostas a algumas questões relacionadas com ACSD:

Tabela 3 : Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

Porquê?	É fundamental para a gestão da qualidade e melhoria contínua da segurança dos cuidados prestados aos doentes (WHOd, 2008). Contudo, o uso da ACSD por si só, é insuficiente para melhorar a Cultura de Segurança (Carthey, 2014). Conseguir uma mudança cultural na organização exige investimento contínuo em recursos e alocação de responsabilidades (Carthey, 2014) e adoção de estratégias de desenvolvimento da CSD.
Para quê?	Perceber as perceções dos funcionários sobre SD Sensibilizar os funcionários sobre SD Diagnosticar e avaliar o estado atual da CSD Identificar pontos fortes e áreas de melhoria da cultura Analisar tendências de mudança ao longo do tempo, Avaliar o impacto cultural de iniciativas e intervenções Realizar comparações internas e externas (<i>benchmarking</i>) Promover uma gestão de risco proactiva, através da análise de riscos potenciais relacionados com fatores sistémicos latentes (AHRQb, 2017; Carthey, 2014; Itoh, Andersen & Mikkelsen, 2014)
Para quem?	Os gestores das organizações (Guldenmund, 2014), os profissionais (Patankar et al., 2012) os doentes devem acesso aos resultados da avaliação, para não só implementar mudanças como promover o envolvimento e confiança dos profissionais e dos doentes na mudança cultural, diminuindo resistências futuras (Patankar et al., 2012) A ACSD tem aplicação prática como uma ferramenta de gestão (Ittoh, Andersen & Mikkelsen,

	2014). Um estudo realizado em Inglaterra concluiu que um terço das organizações usam um instrumento de avaliação cultura para apoiar a sua atividade de governação clínica (Mannion, Konteh & Davies, 2009).
Quem responde?	Os dados proveêm de profissionais clínicos e não clínicos ou gestores de cuidados (WHOd, 2008; AHRQb, 2017).
Quem avalia?	As instituições, a nível local, preferencialmente com recurso a especialistas qualificados em fatores humanos, que utilizem instrumentos validados, adequados ao contexto e que sejam criteriosos na sua aplicação.
Onde?	Em todas as unidades de CSP (existem também ACSD em hospitais, consultórios médicos, lares, farmácias comunitárias e cirurgia de ambulatório) (AHRQb, 2017). Há estudos de grande escala em muitos países, por exemplo nos Estados Unidos (Singer et al., 2009) e Japão (Itoh & Andersen, 2008).
A que nível?	A cultura pode ser estudada em diferentes níveis, com o nível da nação considerada a mais alto (Guldenmund, 2014)
Quando?	<p>Uma única medição com instrumentos de pesquisa não é claramente suficiente para identificar os fatores causais que contribuem para uma CSD (Patankar et al., 2012), além de que o foco na medição do mensurável, muitas vezes traduz-se numa abordagem reducionista e no desejo de identificar um único indicador que será medir a saúde de uma organização (Carthey, 2014). Além disso a mudança cultural leva tempo, pelo que deve haver um equilíbrio entre a necessidade de demonstrar rapidamente uma melhoria mensurável e a evolução mais lenta do processo de amadurecimento de uma organização (Carthey, 2014).</p> <p>A ACSD deve ser longitudinal, de forma regular ou antes e após intervenções relacionadas com a segurança. (Patankar et al., 2012; Carthey, 2014; Jackson, Sarac & Flin, 2010) reavaliação a cada 6-20 meses (AHRQb, 2017).</p> <p>Em Portugal será realizada de 2/2 anos, alternadamente em CSP e Hospitais.</p>
Como?	<p>Deve ser cuidadosamente planeada, com atenção a aspetos como o comprimento do instrumento utilizado, o momento da avaliação, o <i>feedback</i> dos resultados a divulgar aos profissionais e o desenvolvimento de ações com base nos resultados (Patankar et al., 2012).</p> <p>Como a pesquisa encoraja os funcionários a pedir <i>feedback</i>, e cria expectativas de mudança, se o <i>feedback</i> não for dado ou a avaliação não resultar em mudanças, os funcionários podem perder a confiança na organização/gestor e serão menos entusiásticos sobre mudanças organizacionais futuras (Patankar et al., 2012).</p>
Que metodologias e técnicas?	<p>Métodos qualitativos com recurso a entrevistas, observação, <i>focus group</i> (WHOd, 2008; Waterson, 2014; Halligan & Zecevic., 2011) estudos etnográficos (Halligan & Zecevic., 2011; Waterson, 2014) e oficinas participativas (Waterson, 2014). Permitem uma compreensão contextualizada e profunda da CSD mas não é possível a comparação entre grupos (WHOd, 2008).</p> <p>Métodos quantitativos (WHOd, 2008; Waterson, 2014). Os inquéritos diferem nos itens específicos, no número e tipo de dimensões, nos sujeitos e no seu tamanho (WHOd, 2008). Permitem a recolha de pensamentos, atitudes e perceções em vez dos pressupostos básicos (Guldenmund, 2014) e comparações internas e com outras instituições similares e os conceitos têm validade (Guldenmund, 2014; WHOd, 2008) mas a visão é mais superficial e os questionários não se adaptam a diferenças ou <i>nuances</i> locais. (Guldenmund, 2014).</p> <p>As duas abordagens podem ser usadas isoladamente, combinadas (WHOd, 2008; Waterson, 2014, Guldenmund, 2014) ou em paralelo com estruturas de <i>framework</i> (Waterson, 2014).</p> <p>O seu uso exclusivo de questionários é considerado por autores como Guldenmund (2014), como contrária ao conceito de CSD, pois apesar dos questionários certamente terem mérito no estudo da cultura, a visão que eles fornecem é considerada rasa em comparação com os resultados da abordagem académica qualitativa.</p> <p>Para outros autores um estudo de longo prazo em profundidade utilizando métodos qualitativos é a única maneira de obter uma compreensão profunda de cultura (Halligan & Zecevic., 2011; Singer et al, 2009).</p> <p>A maioria das pesquisas tem validade de face mas poucas foram validadas face a eventos adversos ou erros reais ou face a outras medidas de CSD, como entrevistas ou observação (WHOd, 2008).</p>

Existem vários instrumentos de ACSD. As primeiras medidas desenvolvidas para ACSD nos cuidados de saúde foram adaptadas dos utilizados em outros setores industriais na década de 1990. Por volta de 2004 surgem as primeiras ferramentas de ACSD desenhadas para cuidados de saúde, sob a forma de instrumentos de pesquisa ou questionários.

De acordo com a revisão da literatura efetuada por Halligan & Zecevic (2011), para avaliar a CSD, são utilizadas frequentemente abordagens quantitativas (cerca de 90% dos estudos) com recurso a questionários variáveis no número de dimensões (3 a 12), na extensão (30-79 itens) e na fiabilidade (0,63 a 0,8). Identificaram 12 ferramentas de pesquisa diferentes, sendo que as quatro mais utilizadas foram: *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC); *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ); *Patient Safety Culture in Healthcare Organizations Survey* (PSCHO); *Modified Stanford Patient Safety Culture Survey Instrument* (MSI). O SAQ e o HSPSC são as duas pesquisas de cultura de segurança mais comumente usadas na área da saúde (Carthey, 2014) e nos CSP com versões adaptadas (Curran et al., 2017).

Dos vários instrumentos disponíveis neste trabalho serão abordados sumariamente os dois instrumentos de ACSD recomendados para CSP pelo grupo LINNEAUS Euro-PC: o HSPSC da AHRQ, com referência à sua versão dirigida aos CSP (MOSPSC) e o *Manchester Patient Safety Framework – Primare Care* (MaPSaFPC) (Parker et al, 2015). De referir que o SAQ, algumas vezes utilizado em ACSD em CSP (Hoffmann et al., 2011; Gehring et al., 2013; Bondevik et al., 2013; McGuire et al., 2013) parece ter boa consistência global e fiabilidade em CSP, mas apresentou um baixo desempenho com alguns subgrupos, sendo que mais trabalho é necessário para avaliar e refinar o SAQ-A para uso neste contexto (Singh et al., 2008).

O MOSPSC foi criado para avaliar a CSD em consultórios médicos nos EUA em 2008, sendo definido por consultório médico, um gabinete médico em ambulatório num local específico. O questionário deve ser partilhado com os funcionários administrativos e equipas de suporte clínico (AHRQb, 2017). Foi este o questionário escolhido pela DGS para ACSD em Portugal. Trata-se de um questionário com uma distribuição multidimensional (10 dimensões), composto por 38 itens, avaliados por uma escala de *likert* de cinco pontos, desde “discordo fortemente” ou “nunca” (1) até “concordo fortemente” ou “sempre” (5). Para além destas, tem também questões sobre a troca de informação com outros ambientes, áreas da Qualidade e SD e Classificação sobre a Qualidade e SD (Figura 3).

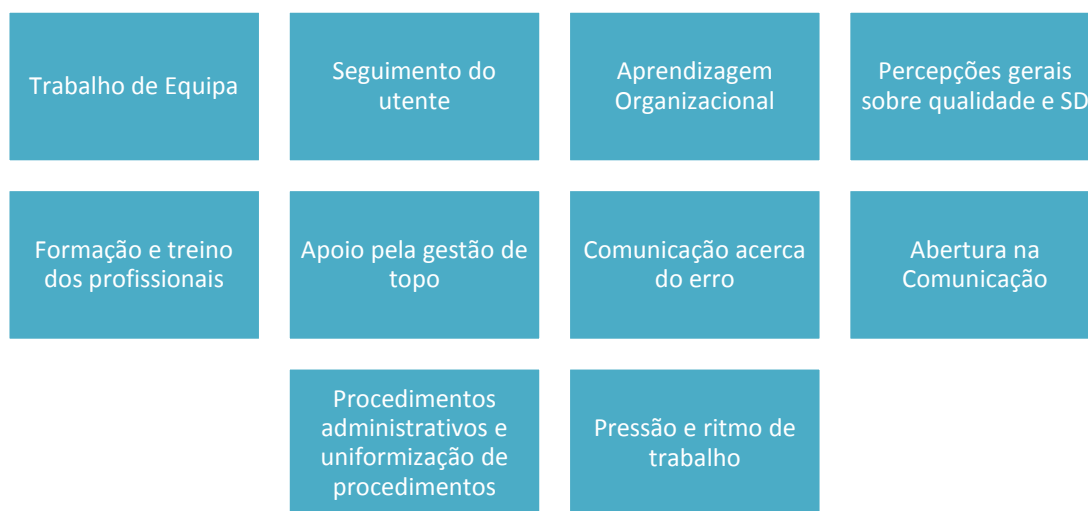


Figura 3 : Dimensões da CSD avaliadas pelo MOSPSC

Os inquéritos de ACSD têm várias vantagens: são livres e disponíveis ao público gratuitamente; podem ser aplicados a todo o tipo de pessoal (clínico e não clínico em hospitais, lares de idosos, consultórios médicos e farmácias comunitárias); podem ser usados para avaliar as unidades individuais, departamentos ou toda a organização; são confiáveis e válidos (os itens da pesquisa demonstraram confiabilidade e validade); são abrangentes e específicos (ajuda as organizações a identificar pontos fortes específicos e áreas de melhoria); são fáceis de usar (existe um *kit* de acompanhamento); permitem a comparação de resultados com outras instituições similares (AHRQb, 2017).

A CSD também pode ser medida através do uso de *frameworks* (Ashcroft et al., 2005; Kirk et al., 2007) que exibem um conjunto de indicadores-chave no eixo y e uma medida da evolução do desenvolvimento cultural no eixo x. Utiliza nove dimensões da CSD descritas na Figura 4. As dimensões referem-se a áreas onde as atitudes, valores e comportamentos sobre a SD são susceptíveis de ser refletidas nas práticas de trabalho da organização, por exemplo, como os incidentes de SD são investigados ou como é realizada a educação e formação dos profissionais na gestão de risco. Utiliza dimensões críticas da SD e, para cada uma delas, descreve cinco níveis de desenvolvimento da Cultura de Segurança organizacional madura. O nível de desenvolvimento mostra a viagem de uma tipologia patológica, reativa, calculativa, pró-ativa para uma tipologia geradora (Universidade de Manchester, 2006). A informação é obtida através de uma série de grupos de foco, onde os profissionais de saúde e gestores avaliam o desenvolvimento de sua equipa e da

organização local (Carthey, 2014). É uma ferramenta flexível que pode ser usada para incentivar as equipas de saúde a refletir sobre a sua CSD, identificar os pontos fortes e fracos, revelar diferenças de perceção entre grupos de pessoal e para avaliar intervenções de segurança (através da ACSD antes e pós-implementação) (Carthey, 2014).

A Figura 4 enumera as dimensões da CSD avaliadas pelo MaPSaFPC:

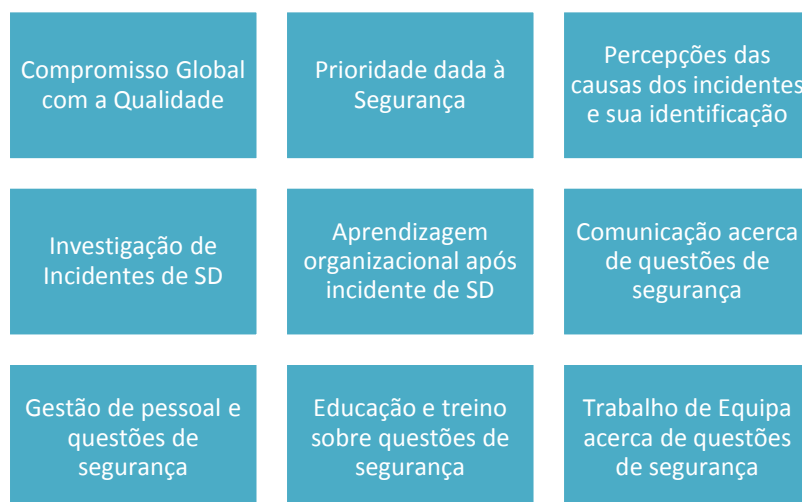


Figura 4 : Dimensões da CSD avaliadas pelo MaPSaFPC

Diversas ferramentas têm sido aplicadas em vários contextos de cuidados de saúde e sistemas de saúde no mundo. Contudo apresentam algumas limitações:

- Não foram testadas, em muitas delas, a estrutura fatorial e validade de constructo (Carthey, 2014). Existe uma falta de teoria explícita subjacente na maioria dos questionários e alguns instrumentos que não relataram critérios psicométricos padrão, sendo que nos estudos com informações sobre propriedades psicométricas, muitas pesquisas tinham limitações (Flin et al., 2006);
- Muitas instituições têm desenvolvido as suas próprias ferramentas de pesquisa, mal concebidas e sem respeitar as regras de projeto de pesquisa básica (não contrabalançam declarações positivas e negativas; erros de amostragem e sub-representação de grupos profissionais) (Carthey, 2014);
- Foram desenvolvidas a partir de medidas utilizadas em indústrias como a aviação, petróleo e energia nuclear: uma vez que, existem diferenças entre o contexto das indústrias de alto risco e a saúde, pois, na saúde, a natureza do trabalho é imprevisível e complexo, as relações de gestão são mais ambíguas, variando entre diferentes grupos profissionais e os estudos de cultura de segurança tem focos diferentes (na indústria é o trabalhador, na saúde é dano ao doente), as adaptações

de medidas de cultura de segurança da indústria à saúde devem ser feitas de forma cautelosa (Flin et al., 2006; Carthey, 2014);

- A relação entre os resultados de cultura de segurança e resultados de segurança, baseia-se em taxas de incidentes (Carthey, 2014);
- O uso repetido de ferramentas de ACSD como medida de segurança pode conduzir a viés de resposta substancial não aleatória associada com os dados: os itens formulados reversos tinham um padrão único de resposta apesar da tendência crescente ao longo do tempo de fornecer apenas uma resposta modal; as respostas para o mesmo item em relação ao início e final do questionário não se correlacionou de elevada como seria de esperar; quanto maior a frequência de respostas modais, mais rápido o questionário foi concluído. Estes resultados relacionam-se com o *design* do questionário, a falta de crença na importância da resposta, a fadiga do participante e a aplicação do questionário (Carthey, 2014);
- Tendem a basear-se em inquéritos sobre o nível de acordo do profissional com uma série de declarações pré-determinadas sobre segurança: embora úteis, estas representam uma avaliação relativamente superficial de uma cultura da organização, enfatizando as atitudes e opiniões, ao invés de suas crenças, valores e suposições compartilhados (Kirk et al., 2007);
- Não têm em conta a complexidade das interações entre membros do pessoal dentro das organizações, influência diferenciada de indivíduos, cultura de grupos profissionais e a natureza emergente da cultura de segurança (Kirk et al., 2007);
- Foram concebidos para países com sistemas de saúde com características diferentes para uso em hospitais agudos (Kirk et al., 2007) e depois adaptados para CSP (Curran et al., 2017). Apenas o MaPSaFPC foi concebido originalmente para CSP (Universidade de Manchester, 2006).

Apesar da sua popularidade, as ferramentas de ACSD ainda estão em desenvolvimento, avaliação e melhoria. Waterson (2014, p.7), afirma mesmo que *"Estes são tempos excitantes no que respeita ao desenvolvimento de ferramentas e instrumentos de Cultura de Segurança"*.

Em Portugal o instrumento adoptado para a ACSP, a nível nacional, nos CSP foi o MOSPSC da AHRQ. A ACSD em CSP em Portugal, cujos principais estudos estão descritos na tabela 4, está ainda a dar os primeiros passos.

Em Maio de 2013, no âmbito da formação em serviço intitulada “Da SD: Da Qualidade e Segurança à Excelência Clínica” foi realizado no ACeSEG um estudo quantitativo descritivo, em que foi utilizado o questionário MOSPSC adaptado para os CSP portugueses (Silva et al., 2015). Em Portugal, esta foi uma das primeiras avaliações nesta área de cuidados, a par com o estudo piloto realizado em 2014 com o mesmo questionário (DGS, 2017). Em 2015 foi realizada a primeira ACSD nacional em CSP em Portugal (DGS, 2017). No ACeSEG, a taxa de resposta foi de apenas 14.2%.

Tabela 4 : Avaliação da CSD em CSP em Portugal

Estudo	ACSD no ACeSEG	Estudo piloto	ACSD Nacional	ACSD Regional (Madeira)
Fonte	Silva et al., 2015	DGS, 2015	DGS, 2017	Ornelas, Pais & Sousa, 2016
Ano do estudo	2013	2014	2015	2016
Taxa de adesão	26,5% (108 profissionais)			52% (483 profissionais)
Amostra	44% enfermeiros, 26% assistentes técnicos e 23% médicos			44,7% enfermeiros; 16% pessoal de apoio clínico e 15% administrativos
Pontos Fortes	Trabalho equipa (84%) Aprendizagem Organizacional (84%) Seguimento do Doente (82%)			Trabalho em equipa (81%). Aprendizagem Organizacional (67%) Percepções Gerais de Qualidade e Segurança (66%)
Áreas de melhoria	Abertura na comunicação (26%) Apoio pela gestão de topo (40%) Pressão e ritmo de trabalho (40%)	Formação e treino dos profissionais Apoio pela gestão de topo Abertura na comunicação Pressão e ritmo de trabalho	Pressão e ritmo de trabalho Apoio pela gestão de topo Formação e treino dos profissionais	Pressão e ritmo de trabalho (25%) Troca de informação entre unidades (25%) Apoio pela gestão topo (45%)

Como se pode observar a ACSD em Portugal é ainda muito recente, com alguns resultados ainda não publicados, incluindo os resultados da avaliação nacional de 2015. Os dados conhecidos evidenciam como áreas de melhoria o apoio pela gestão de topo, a pressão e ritmo de trabalho, a formação e treino dos profissionais e a abertura na comunicação e como pontos fortes o trabalho de equipa e a aprendizagem organizacional.

A nível internacional, só nos últimos anos se tem assistido ao despertar da ACSD em CSP. Existem estudos de ACSD neste contexto em países como a Turquia (Bodur & Sohani, 2009), a Holanda (Gaal, Verstappen & Wensing, 2010; Zwart et al., 2011; Verbakel et al., 2013), Alemanha (Hoffmann et al., 2011), a Nova Zelandia (Wallis & Dovey, 2011), o Reino Unido (Wet et al., 2012), o Irão (Tabrizchi & Sedagha, 2012), a Espanha (Torijano-Casalengua et al., 2013; Astier et al., 2015), a Suécia (HedsKold et al., 2013), a Suíça (Gehring et al., 2013), a Noruega (Bondevik et al., 2014), o Kuwait (Ghobashi et al., 2014), o Yémen (Webair et al., 2015) e o Brasil (Timm et al., 2016). O instrumento mais utilizado nestes estudos é o HSPSC, com versões adaptadas à realidade de cada país ou na versão para contexto de CSP (MOSPSC). Existem estudos que utilizam a *framework* (MaPSaF), o SAQ e outros questionários de cultura de segurança. A taxa de resposta varia entre 48 e 85%. São identificadas como pontos fortes a aprendizagem organizacional, o apoio pela gestão, a liderança, a satisfação no trabalho, sendo que o trabalho em equipa como ponto forte é a dimensão mais consensual. Como áreas de melhoria surgem a notificação de incidentes, a abertura na comunicação, a resposta não punitiva ao erro, a troca de informação com outras unidades e a pressão e ritmo de trabalho. Segundo Curran et al. (2017), o compromisso de gestão com a segurança foi o tema da CSD mais frequentemente medido (87,5%) e a carga de trabalho foi raramente medida (25%).

Com base nos dados da aplicação nos Estados Unidos do MOSPSC de 1.528 consultórios médicos e 25.127 respondentes, com uma taxa média de resposta de 68% (Famolaro, et al.a, 2016) pode ser realizada uma comparação com os dados referentes à aplicação do questionário HSPSC da AHRQ a 680 hospitais, em que participaram 447.584 funcionários hospitalares (Famolaro et al.b, 2016). São apresentados na tabela 5 os pontos fortes e áreas de melhoria da CSD em ambos os contextos, sendo que o trabalho de equipa é a dimensão com maior pontuação positiva e é comum aos dois contextos. A pressão e ritmo de trabalho é área de melhoria transversal aos dois níveis de cuidados.

Tabela 5 : Comparação da ACSD nos Hospitais e em CSP

	ACSD nos Hospitais	ACSD em CSP
Pontos Fortes	Trabalho em equipa (82%); Supervisão / expectativas do gestor e ações de promoção da SD (78%) Aprendizagem contínua e melhoria organizacional (73%)	Trabalho em equipa (87%) Seguimento do doente (86%)
Áreas de melhoria	Resposta não punitiva para o erro (45%); Passagens de turno e transferência das informações do doente (48%), Pessoal (54%);	Pressão e ritmo de trabalho (50%)

Na literatura estão identificados alguns obstáculos à adesão à resposta a questionários na área da saúde, relacionados com a taxa de resposta a este tipo de questionário e ao uso de inquéritos electrónicos.

A taxa de resposta a inquéritos é definida pela AHRQc (2017) no seu *site*, como o número de inquéritos completos devolvidos pelos inquiridos divididos pelo número de pessoas elegíveis que foram convidadas a participar na pesquisa. Segundo esta associação (2017), as taxas de resposta são importantes para a qualidade dos dados, pois é fundamental que representem os pontos de vista dos profissionais da organização. Se a taxa de resposta da organização for baixa, os resultados podem não representar com precisão os pontos de vista de todos os funcionários que a organização convidou a participar. Se existir uma alta taxa de resposta, a organização pode estar mais confiante de que os seus resultados refletem com precisão as opiniões de sua equipa. O objetivo da organização deve ser obter a maior taxa de resposta possível (AHRQc, 2017).

Embora insuficiente como único indicador da qualidade da pesquisa, as taxas de resposta pobres ainda colocam problemas, pois têm implicações significativas na dimensão da amostra, custo e potencial viés de não-resposta (isto é, a probabilidade de diferenças sistemáticas entre os que responderam a uma pesquisa e aqueles que não responderam). O viés de não-resposta, em particular, pode ter impacto na generalização ou aplicabilidade dos resultados do estudo, bem como ter prováveis consequências para a qualidade da medição (Cho, Johnson & Vangeest, 2013; McPeake, Bateson & O'Neill, 2014).

As taxas de resposta mais elevadas diminuem assim o risco de viés de não resposta (Groves & Peytcheva, 2008; McPeake et al., 2014), sendo superiores a 60% as taxas de resposta desejáveis (Livingston & Wislar, 2012; McPeake et al., 2014).

Estudos envolvendo profissionais de saúde em geral - e os médicos especificamente - são caracterizados por taxas de resposta baixas ou em declínio (Cho, Johnson & Vangeest, 2013; Cook, Dickinson & Eccles, 2009; Cope 2014; Scott et al., 2011; Mc Leod et al, 2013) apesar do aumento de incentivos (Mc Leod et al, 2013).

As taxas de resposta variam de forma marginalmente significativa entre grupos profissionais, verificando-se que nos médicos a adesão em média atua-se nos 55%, nos enfermeiros nos 51% e noutros profissionais de saúde 46% (Cho, Johnson & Vangeest, 2013). Estudos com enfermeiros relataram taxas de resposta superiores a 60%, mais frequentemente do que com outros profissionais de saúde (Mc Leod et al., 2013).

Num estudo de revisão desenvolvido por Cook, Johnson & Vangeest (2009), foram analisados 350 artigos publicados entre 1996 e 2005. Estes investigadores (2009) concluíram que: a média simples de resposta de profissionais de saúde foi de 56%; a mediana de resposta foi de 59%; apenas 56 estudos (16%) relataram taxas de resposta superiores a 75%; a média de respostas nos médicos foi de 57,5% e significativamente menor do que a estimativa para o período anterior de 10 anos; as taxas de resposta não foram significativamente afetadas pelo tipo de publicação ou profissão de saúde. Num estudo posterior, Mc Leod et al. (2013), concluíram que a percentagem de estudos com profissionais de saúde publicados entre 2000-2010, com taxas de resposta acima de 60% têm vindo a reduzir significativamente. Desta forma, Cho, Johnson & Vangeest (2013) apontam para uma estimativa de taxa de resposta global entre profissionais de saúde de 0,53. No estudo desenvolvido por Mc Leod et al. (2013), estes investigadores afirmam que 53% das pesquisas relataram respostas relativamente altas de 60% ou mais.

Além disso, Schoenman (2003), concluiu no seu estudo, que os recursos que foram utilizados para atingir uma taxa de resposta de aproximadamente 65%, não conduziram a resultados diferentes dos que teriam sido obtidos se tivessem sido utilizados menos recursos e aceite uma menor taxa de resposta. Contudo estes resultados não são aplicáveis a taxas de resposta extremamente baixas nem a outras pesquisas com outros dados ou perguntas. Não se conseguiu neste estudo medir o efeito da não-resposta daqueles que nunca foram questionados, pelo que os autores consideram que atingir uma taxa de resposta acima de 65% pode alterar os resultados de forma apreciável.

Num mundo cada vez mais informatizado, os inquéritos electrónicos são cada vez mais frequentes. Os inquéritos electrónicos foram introduzidos pela primeira vez na década de 1980 e apresentam-se em dois formatos: pesquisas na web (que convidam os participantes para um *site* específico para visualizar e responder ao questionário, utilizando para armazenamento das respostas a tecnologia de banco de dados e um interface de linguagem de marcação (HTML) como por exemplo *SurveyMonkey*®, *Zoomerang*®, *Google Forms*® e *SurveyGizmo*® e por *e-mail* (em que os questionários estão incluídos numa mensagem de correio electrónico ou como um anexo de documento e em que permitem a comunicação do pesquisador com o participante do estudo) (Cope, 2014).

Existem taxas de resposta mais altas para pesquisas telefónicas, de correio e de modo misto, do que para pesquisas na Internet (Mc Leod et al, 2013). Estima-se que a taxa de resposta das pesquisas via *web* é em média 11% inferior (Manfreda et al., 2008; Fan & Yan,

2010) à de outros modos de inquérito (correio ou telefone) (Manfreda et al., 2008; Fan & Yan, 2010; McPeake et al., 2014). A adesão com modo de pesquisa por correio foi 57% que foi significativamente maior em comparação com o modo de pesquisa na *web* ou *online* (38%) ou modo misto (49%)(Cho, Johnson & Vangeest, 2013).

Comparados com os modos tradicionais de inquéritos, os questionários via internet têm várias vantagens, como a diminuição do tempo de transmissão, menor custo de entrega, mais opções de *design* e menor tempo de entrada de dados (Fan & Yan, 2010). Além disso, Gonçalves (2008), acrescenta ainda outras vantagens como o alcance global (pode ser aplicado a participantes localizados em sítios diferentes do país e até do mundo), a flexibilidade (e-mails com questionários anexos, e-mails com *link* ou *websites*), economia de tempo (no trabalho de campo e colheita de dados, com resultados em tempo real a informações e dados de grupos dispersos), inovações tecnológicas (tabulação e análise mais fácil com diminuição dos erros de preenchimento de respostas), baixo custo de aplicação e administração, obtenção simples de grandes amostras, controle da ordem das perguntas respondidas, preenchimento obrigatório de perguntas (minimiza as respostas em branco). Para Cope (2014), o uso de inquéritos electrónicos reduz custos com papel e porte; reduz o tempo (não é necessário fotocopiar, dobrar e envolver o questionário escrito, é entregue mais rapidamente ao participante do que os inquéritos postais e quando os inquiridos terminam a resposta os dados ficam disponíveis para análise); tópicos sensíveis podem ser mais facilmente apresentados em resultado de uma abordagem anónima e privada em comparação com uma entrevista face a face; pode-se ter acesso a uma amostra de grande área geográfica duma população com critérios de estudo específicos.

Contudo, também apresentam desvantagens como a perda de participantes que não têm acesso à Internet e as baixas taxas de resposta podem levar a resultados tendenciosos (Fan & Yan, 2010; Couper, 2000). Gonçalves (2008) adiciona outras desvantagens: a mensagem pode ser percebida como *spam*; selecção e representatividade da amostra; falta de habilidade dos respondentes (apesar do alcance global da internet atualmente, ainda há possibilidade de alguns indivíduos não estarem familiarizados com algumas funções características do ambiente virtual, o que compromete a facilidade de preenchimento e a qualidade dos dados colhidos); dependência da tecnologia (o sucesso de um estudo pela internet está diretamente relacionado ao tipo de conexão e configuração do computador do respondente; o sistema operacional, o tamanho, e a qualidade de imagem e a velocidade com que são processadas as informações afectam o modo como ocorrerá o preenchimento da pesquisa *online*); impessoalidade (não existe contato humano entre

pesquisador e respondente, pelo que se limita o aprofundamento sobre os dados) e baixa taxa de resposta.

Os dois principais fatores que influenciam a resposta são o conteúdo e a apresentação dos questionários electrónicos (Fan & Yan, 2010).

Em relação ao conteúdo há três factores a considerar:

- Os patrocinadores (o patrocínio oficial de uma pesquisa afeta tanto nos inquéritos por correio como nos inquéritos na *web* e pesquisas patrocinadas por agências académicas e governamentais têm taxas de resposta mais altas do que aquelas patrocinadas por comerciais (Fan & Yan, 2010; Manfreda et al., 2008); pesquisas patrocinadas pelo governo geralmente relataram taxa de resposta superiores a 60% mais frequentemente do que aqueles patrocinados por outros tipos de organizações (81% vs. 30%) (McLeod et al, 2013);
- O tema (o tópico de uma pesquisa influencia as taxas de resposta; quando o tópico é com elevada saliência os potenciais inquiridos são mais propensos a responder à pesquisa; a relevância de um tópico é um dos fatores mais importantes que influenciam as taxas de resposta em pesquisas por correio e por *web*; se os tópicos da pesquisa são sensíveis ou não sensíveis, preocupantes ou fatos é susceptível de afectar as taxas de resposta em pesquisas *web* (Fan & Yan, 2010);
- O tempo que leva a preencher (o aumento da duração de um inquérito, diminui a taxa de resposta nos inquéritos via mail e *web*; tempo de conclusão inferior a 13 minutos é considerado como o comprimento ideal do questionário para obter uma boa taxa de resposta (Fan & Yan, 2010).

Em relação à apresentação, de acordo com Couper (2000) e Fan & Yan (2010), esta afeta diretamente o erro de medição (por exemplo, uma pergunta com redacção incorrecta levará um inquirido a entender mal a questão e a dar uma resposta imprecisa). A forma como a pesquisa é apresentada no *site* pode afetar direta ou indiretamente a taxa de resposta (uma pergunta de pesquisa com falha técnica pode levar os respondentes a abandonar o processo de pesquisa na *web*, e uma questão com fraca redacção irá reduzir a motivação dos inquiridos e fazê-los interromper a pesquisa).

Existem ainda vários fatores que afetam as taxas de resposta na entrega da pesquisa: métodos de amostragem, modos de entrega de contatos, convites, uso de pré-notificações e lembretes e a existência de incentivos (Fan & Yan, 2010):

- Em relação aos métodos de amostragem, existem dois desafios relacionados ao erro de cobertura e erro (Couper, 2000; Fan & Yan, 2010). Por um lado, devido ao erro de cobertura, pois nem todos podem acessar à internet, resultando numa população tendenciosa. Por outro lado, devido ao erro de amostragem, todos os que tem acesso à internet não tem necessariamente a mesma hipótese de pesquisa (por exemplo, a falta de acesso *on-line* no serviço diminui a taxas de resposta), resultando numa amostra tendenciosa.
- Em relação aos modos de entrega de contatos, ou seja, as mensagens que os profissionais recebem a informar sobre a chegada de uma pesquisa ou a lembrar os entrevistados para completar a pesquisa, existem diferentes tipos de contatos em pesquisas na *web*, como pré-notificação (contatos antes dos inquéritos), convites por correio electrónico (contatos contendo um *hiperlink* para *sites* de pesquisa) e lembretes por correio electrónico (Porter, 2004, citado por Fan & Yan, 2010). A forma de contactar os potenciais inquiridos é importante porque se os potenciais inquiridos não recebem a informação, o processo de resposta é encerrado automaticamente. A literatura existente indica que os contatos em pesquisas na *web* geralmente são entregues via correio electrónico. Embora o contato por correio electrónico tenha custos baixos de entrega e tempo de entrega rápido, o contato por e-mail está limitado pelo uso generalizado de ferramentas de bloqueio de *spam* (Couper, Kapteyn, Schonlau, & Winter, 2007, citado por Fan & Yan, 2010; Couper, 2000). Com o rápido crescimento de e-mails não solicitados, pode acontecer que os contatos de correio electrónico enviados aos potenciais inquiridos sejam tratados como *spam* e bloqueados por filtros. Os recursos da Internet dos entrevistados e a literacia informática condicionam as taxas de resposta (Fan & Yan, 2010).

Segundo Cope (2014), é necessário garantir alguns pressupostos. Deve ser considerado o acesso do computador pela população do estudo e os seus conhecimentos de informática; garantir endereços de e-mails atualizados e precisos; os participantes do estudo podem ter vários endereços de correio electrónico e podem não verificar rotineiramente outras conta; pode haver risco do e-mail não ser entregue devido a filtros de segurança da Internet que podem bloquear mensagens de e-mail ou e-mails com anexos.

Apesar desses desafios, os inquéritos são ainda preferidos como forma rentável de recolha de informação na prestação de cuidados (Cho, Johnson & Vangeest, 2013), sendo que, segundo o Modelo de Comportamento de Resposta de Rogelberg, construído especificamente para examinar inquéritos, existem onze fatores para predizer intenções de

resposta e comportamento de resposta para o levantamento organizacional, como os recursos tecnológicos, a atitude tecnológica, a percepção de anonimato na internet, a atitude de pesquisa, o uso de dados e os traços individuais (Rogelberg et al., 2006, citados por Fan & Yan, 2010).

Klabunde et al. (2012) fazem ainda referência ao que consideram um grande obstáculo nos inquéritos médicos, que é que o facto dos respondentes pretendidos poderem não ser o ponto inicial de contato dado que, em muitos ambientes médicos, o pessoal não-especialista serve uma importante função de *gatekeeper* na abertura de correspondência e chamadas telefónicas de triagem para médicos.

Sendo o objetivo da organização obter a maior taxa de resposta possível, a instituição deve definir, implementar e avaliar estratégias para melhorar a adesão à resposta ao questionário de ACSD, de forma a identificar pontos fortes e áreas de melhoria da CSD que podem orientar a transformação cultural pretendida, rumo à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

Existem várias estratégias que podem ser adoptadas e adaptadas:

- Realização de estudo piloto na *web*: A melhor forma de avaliar a qualidade de uma pesquisa na *web* antes de seu uso real, é realizar um inquérito-piloto na *web* com um pequeno grupo de inquiridos na situação de vida real e convidar especialistas em conteúdo ou em metodologia para rever os resultados do estudo piloto. Assim com as várias revisões, com vários pequenos estudos-piloto, os pesquisadores poderão desenvolver uma pesquisa na *web* com uma taxa de resposta satisfatória (Fan & Yan, 2010);
- Confirmação da segurança e facilidade de análise de dados: O potencial para a não-resposta do item também pode ser maior nos inquéritos *online*, particularmente se envolver o envio de informação; devido à familiaridade e confiança na Internet (Scott et al., 2011; Cho, Johnson & Vangeest, 2013). Antes dos investigadores decidirem usar qualquer *site* ou *software* de investigação na *web* devem sempre verificar cuidadosamente a questão da segurança dos dados e realizar sempre um estudo piloto para ver se com o formato do inquérito, os dados recolhidos podem ser usados diretamente para análise de dados em determinado *software* de análise de dados, como o SPSS e SAS ou Ethnograph e NVivo (Fan & Yan, 2010);
- Conhecer a literacia informática dos respondentes: É importante conhecer os níveis de utilizador de computador e uso da *web* dos respondentes, suas capacidades

e/ou hábitos (Fan & Yan, 2010; Scott et al., 2011; Cho, Johnson & Vangeest, 2013; Cope, 2014);

- Considerar o uso de versão reduzida do questionário: Segundo Sahlqvist et al. (2011) a taxa de resposta pode ser aumentada pelo uso de versão curta do questionário (OR = 1,48, IC 95% 1,06 a 2,07). Também Edwards et al. (2009) considera que há melhoria da taxa de resposta com questionários mais curtos (1,73; 2,13; P = 0,08, I² = 68%). Manter os questionários curtos e fáceis pode reduzir os custos de resposta (Dillman, 2007 citados por Fan & Yan, 2010). Contudo, no estudo realizado por Beebe et al. (2010), concluiu que, em geral, as taxas de resposta não variaram de acordo com a duração do inquérito (44,6% para o inquérito de 2 páginas e 48,4% para o de 4 páginas), concluindo que uma pesquisa mais curta não fornece necessariamente a melhor opção para aumentar as taxas de resposta e a qualidade da pesquisa;
- Promoção da pesquisa por entidade reconhecida: pesquisas patrocinadas pelo governo geralmente relataram taxa de resposta superiores a 60% mais frequentemente do que aqueles patrocinados por outros tipos de organizações (81% vs. 30%) (McLeod et al, 2013); notificar do patrocínio autorizado de uma pesquisa ajuda a estabelecer a confiança (Dillman, 2007 citados por Fan & Yan, 2010);
- Expectativa de benefício: Segundo a teoria da troca social, os entrevistados respondem a uma pesquisa auto-administrada quando *"o entrevistado acredita que as recompensas esperadas de responder superam os custos antecipados"* (Dillman, 2007, p.27, citados por Fan & Yan, 2010). A concepção e execução de inquéritos deve visar as recompensas percebidas, reduzir os custos percebidos para responder e dar confiança de que as recompensas prometidas serão cumpridas (Dillman, 2007 citado por Fan & Yan, 2010). Além disso, Scott et al. (2011) identificaram três fatores-chave que influenciam as decisões dos médicos para completar uma pesquisa: o custo de oportunidade do seu tempo, a sua confiança em que os resultados serão utilizados de forma adequada e a relevância percebida da pesquisa;
- Pré notificação: O seu uso tem um efeito sobre as taxas de resposta que variam de efeito modesto à duplicação da resposta (Fan & Yan, 2010). Há autores que defendem que a pré-notificação a potenciais inquiridos desempenha um papel particularmente importante porque a decisão dos potenciais inquiridos sobre o *site*

de pesquisa na Internet é largamente baseado nas informações dos contatos iniciais (Crawford et al., 2001 citados por Fan & Yan, 2010). Contudo, outros autores como Hart et al. (2009), realizaram estudos que concluíram que a pré notificação personalizada não afetou as taxas de resposta. Os autores Klabunde et al. (2012) referem a inexistência de evidência clara que indique se esta prática é rentável em inquéritos aos profissionais de saúde;

- Uso de lembretes: O seu uso tem um efeito sobre as taxas de resposta que variam de efeito modesto à duplicação da resposta (Fan & Yan, 2010). O primeiro lembrete tem maiores efeitos positivos quando ocorre dois dias após o convite inicial do que após cinco dias (Crawford et al., 2001 citados por Fan & Yan, 2010). Os autores McPeake et al. (2014), recomendam o envio de três lembretes, personalizando cada e-mail, com adição de taxas de resposta atualizadas aos e-mails de lembrete. Também Barclay (2002), sugerem o envio de pelo menos três lembretes. Cho, Johnson & Vangeest (2013), apresentam as taxas resposta mediante o acompanhamento: sem acompanhamento (43%), com um acompanhamento (57%), dois acompanhamentos (66%), três ou mais acompanhamentos (49%);
- Propor a participação na pesquisa como um desafio organizacional: estabelecer metas com a comunidade de respondentes para motivar os participantes (McPeake et al, 2014), gerando competição saudável entre unidades, com prêmios para as unidades com maior taxa de resposta (AHRQc, 2017);
- Incentivos à participação: podem ser utilizados incentivos para aumentar a adesão à resposta aos questionários, como é o caso de um simples certificado de presença eletrônico, que não exigem informações pessoais dos respondentes (Goritz, 2006 citado por Fan & Yan, 2010). A AHRQc (2017) recomenda como incentivo a dádiva de pequenos presentes, como doces, canetas ou autocolantes para a equipa de funcionários que terminam a pesquisa; rifas com prêmios como bilhetes de cinema ou concertos, cartões-presentes ou algumas horas de serviço pagas; prêmios para os departamentos com as taxas de resposta mais altas como cestas de frutas, bandejas de sobremesas, almoços ou gelados sociais. A AHRQc (2017) sugere que os recursos para esses incentivos podem ser obtidos por doações de mecenas da comunidade (bilhetes de entretenimento, talões de descontos, brindes ou serviços, etc). Segundo Edwards et al. (2009) a resposta a questionários pode ser aumentada através do uso de incentivos não-monetários (aumento de 1,72 na taxa de resposta). Os participantes que receberam incentivos monetários, comparado com os que não receberam incentivo, tiveram maiores taxas de resposta. A taxa de

resposta para os grupos monetariamente incentivados foi de 60%, sem incentivos 48% e com incentivo não monetário 48% (Cho, Johnson & Vangeest, 2013). Segundo os mesmos autores (2013), os incentivos monetários, em particular, mostraram-se eficazes no aumento da resposta clínica. Os incentivos não monetários totais (por exemplo, créditos de educação médica contínua, canetas e doces), por outro lado, parecem ter pouco ou nenhum impacto a menos que sejam suficientemente valorizados;

- Antecipar e ultrapassar dificuldades informáticas: Os investigadores além de garantirem que os entrevistados recebam o convite à pesquisa, devem certificar-se de que eles podem facilmente encontrar o *site* da pesquisa, facilmente consigam abrir o inquérito via *web*, saber se os inquiridos podem usar navegadores da *web* em diferentes computadores e navegar dentro e entre *sites* (Fan & Yan, 2010). Deve ser verificada a disponibilidade de endereços de e-mail válidos, actualizados e precisos (Scott et al., 2011; Cho, Johnson & Vangeest, 2013; Cope, 2014; Klabunde et al., 2012). Deve ser considerado o acesso do computador pela população do estudo (Cope, 2014). Dado existir o risco do e-mail não ser entregue devido a filtros de segurança da Internet (Cope, 2014) a instituição também deve verificar se não está inositadamente a bloquear o acesso ao questionário;
- Apresentação do correio electrónico de convite/incentivo à participação: As probabilidades de resposta aumentaram um terço quando utilizado um fundo branco, incluindo uma afirmação de que outros responderam (1,52) e um tópico mais interessante (1,85). A probabilidade de resposta também aumentou com uso de um cabeçalho simples (1,23), com representação textual das categorias de resposta (1,19) dando um prazo (1,18). As probabilidades de resposta triplicaram quando uma imagem foi incluída no e-mail. As probabilidades de resposta foram reduzidas quando "pesquisa" foi mencionado na linha de assunto de correio electrónico (0,81) e quando o correio electrónico incluía uma assinatura masculina (0,55) (Edwards et al., 2009). Há autores que recomendam a menção ao tempo médio de resposta no título do e-mail, com informação aos participantes, se o inquérito for curto, da rapidez com que pode ser concluído, por exemplo, "menos do que cinco minutos" (McPeake et al., 2014; Ganassali, 2008). Para garantir a facilidade de resposta, McPeake et al. (2014), sugerem a incorporação do *link* da pesquisa no texto do e-mail de convite em vez de anexar o questionário ao e-mail. Contudo dada a proliferação de *spam* e *phishing* que pode aumentar a relutância dos respondentes em aceder um *site* de pesquisa através de um *link* de e-mail estes

devem ser avisados que está a decorrer a pesquisa e que o *link* a utilizar é seguro (Klabunde et al., 2012);

- Uso de e-mails personalizados: a personalização da pesquisa e uso de pacote de lembretes podem aumentar a resposta (OR = 1,44) (Sahlqvist et al., 2011). Também Edwards et al. (2009) confirmou que a probabilidade de resposta aumentou com a utilização questionários personalizados (1,24). Além disso, McPeake et al (2014) recomenda a personalização do e-mail para cada indivíduo participante, por exemplo, "Caro Dr. Smith";
- Uso de e-mails prioritários: é recomendado o uso de e-mails com entrega prioritária face ao correio padrão (Klabunde et al., 2012);
- Uso de correio institucional: Pode ser preferível o endereço residencial, mas os endereços geralmente não estão disponíveis e os respondentes podem opor-se a serem contactados em casa. Assim, o correio institucional, com seus *gatekeepers*, é geralmente o escolhido (Klabunde et al., 2012);
- Monitorização e acompanhamento: em relação à necessidade de acompanhamento, há consenso na literatura que vários contatos podem ser necessários para maximizar a participação (Klabunde et al., 2012). Por exemplo, em um estudo, mais de 30% dos inquéritos concluídos foram obtidos após um contacto, mas outros 20% requereram 11 ou mais tentativas de contacto (Parsons et al, 1994, citado por Klabunde et al., 2012);
- Proporcionar ajuda: deve existir alguma possibilidade do respondente poder solicitar ajuda que permita o relato de dificuldades com o acesso à pesquisa e forneça instruções relacionadas com a pesquisa (Evans et al, 2005);
- Acesso a resultados: as probabilidades de resposta aumentam um terço quando existe notificação imediata de resultados (1,37; 95% IC 1,13 a 1,65) e são apresentados os resultados do inquérito (1,36; IC 95%: 1,15 a 1,61) (Edwards et al., 2009).

Relativamente à ACSD em concreto, a AHRQc (2017) recomenda algumas estratégias para melhorar a taxa de adesão, que constam da tabela 7:

Tabela 6 : Estratégias para aumentar a taxa de resposta à ACSD propostas pela AHRQ

Promoção da liderança	<p>Envolve os líderes da organização no patrocínio e na promoção da pesquisa dentro da organização. Assegure que os líderes apoiam o esforço de pesquisa e compreendem como os resultados podem ajudar a avaliar e melhorar a CSD. A liderança em todos os níveis deve ser visível através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecimento de recursos (orçamento, recursos humanos, materiais, etc.). - Anúncio do objetivo da pesquisa e incentivo à participação do pessoal. - Apoio activo durante a colheita de dados, particularmente em grupos de funcionários ou departamentos com menor resposta.
Divulgação da ACSD	<p>Divulgação da avaliação, publicitando-a antes e durante a colheita de dados.</p> <p>Desenvolvimento de uma campanha para anunciar a pesquisa por meio de várias fontes, como e-mail, boletins informativos, painéis de mensagens, folhetos publicados em toda a organização e na intranet ou no <i>site</i> da sua instituição.</p> <p>Identificação dos campeões da pesquisa em cada departamento</p> <p>Disponibilização de tempo aos profissionais para preencher o questionário durante as reuniões regulares da equipa.</p>
Uso das melhores práticas de pesquisa	<p>Manutenção de comunicações de promoção breves, com realce dos objectivos da pesquisa e de como os resultados serão utilizados.</p> <p>Destaque dos benefícios ou mudanças que resultaram de esforços de pesquisa anteriores.</p> <p>Se pesquisa na <i>web</i>, envio de um e-mail antecipado a anunciar a pesquisa vários dias antes do lançamento, de modo que a equipa seja menos propensa a ignorar ou excluir o e-mail de convite de pesquisa.</p> <p>Inclusão da assinatura da gestão de topo no convite ao inquérito para indicar a importância do inquérito e mostrar o apoio da liderança.</p> <p>Acompanhamento da resposta à pesquisa por departamento e reforço de promoção, focado onde é necessário aumentar a resposta.</p> <p>Envio de mensagens semanais de agradecimento ou e-mail de lembrete.</p> <p>Os campeões da pesquisa devem lembrar os funcionários para concluir a pesquisa.</p> <p>Distribuição dos resultados do inquérito a todos os funcionários, com enfoque para os resultados específicos para cada departamento. Envolvimento dos profissionais nos esforços de planeamento de ações para melhorar a CSD nos seus departamentos e em toda a organização.</p>
Criação de um espírito competitivo	<p>A criação de um espírito amigável de competição pode ajudar a aumentar as taxas de resposta. Distribuição de relatórios de taxa de resposta por departamento durante a colheita de dados para permitir a comparação de resultados entre unidades, para que as unidades com taxa de resposta muito alta, incentivem as outras a intensificarem seus esforços.</p>
Fornecimento de incentivos	<p>Fornecimento de incentivos para aumentar as taxas de resposta, que não precisam ser grandes ou caros, mas devem ser considerados valiosos pelos funcionários.</p>

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

O desenho da investigação é uma etapa fundamental do processo de investigação. A sua definição implica uma reflexão crítica sobre a metodologia, o modelo de investigação escolhido, a sua adequação ao tema em análise e aos objetivos definidos, as suas estratégias e técnica de recolha, tratamento e análise de dados.

Este estudo teve como finalidade contribuir para melhorar o conhecimento científico na área da SD, nomeadamente na área da ACSD em contexto de CSP, na perspetiva dos enfermeiros. Também pretendeu compreender os obstáculos à adesão ao questionário de ACSD em CSP e identificar estratégias para os ultrapassar.

Este estudo teve como objetivos: compreender a perspetiva dos enfermeiros, em relação aos obstáculos à adesão ao questionário de ACSD dos enfermeiros do ACeSEG; identificar, com os enfermeiros, as estratégias a utilizar para ultrapassar os obstáculos identificados à ACSD pelos enfermeiros do ACeSEG; identificar dimensões fortes e áreas a melhorar na CSD do ACeSEG.

Tendo em vista estes objetivos, este trabalho visou responder às seguintes questões de investigação:

Q1- Quais os obstáculos à adesão ao questionário de avaliação da cultura de segurança do doente da perspetiva dos enfermeiros do ACeSEG?

Q2- Quais as estratégias a utilizar para ultrapassar os obstáculos identificados à ACSD pelos enfermeiros do ACeSEG?

Q3- Quais são, de acordo com a perceção dos enfermeiros do ACeSEG, os pontos fortes e as dimensões a melhorar na CSD do ACeSEG?

Para dar resposta às questões de investigação, optou-se por um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, dada a natureza das questões, que procuram sobretudo compreender o fenómeno (Streubert & Carpenter, 2011; Freixo, 2011), dar-lhe um sentido (Freixo, 2011) e perceber o significado (Fortin, 2009) da baixa adesão à ACSD surgindo assim o paradigma qualitativo como a melhor abordagem. Tratou-se de um estudo descritivo que visa compreender fenómenos, conceitos ou características, neste caso, compreender o fenómeno da baixa adesão à ACSD (Fortin, 2009; Cotê-Arsenault, 2013), com identificação dos obstáculos e estratégias para os ultrapassar.

Foi efetuada inicialmente uma revisão sumária da literatura sobre a temática em questão de forma a focar o estudo e proporcionar um enquadramento, sem no entanto ser uma revisão exaustiva, para não condicionar a investigadora na formulação de pressupostos e ideias preconcebidas que poderiam condicionar os participantes e provocar viés na investigação. Uma revisão mais profunda da literatura foi efetuada após a análise de dados, de forma a enquadrar os resultados do estudo no contexto do que já é conhecido (Streubert & Carpenter, 2011)

O ACeSEG constitui-se como o campo de investigação. Sendo este o contexto em que a mestranda exerce funções, facilmente esta acedeu aos participantes no contexto natural em que o fenómeno ocorre, sendo que a sua presença foi encarada como natural e, portanto, não suscitou resistências por parte dos participantes. O acesso à informação pela investigadora foi facilitado por existir uma relação de confiança e proximidade entre a mestranda e os participantes (que facilita a partilha genuína de pensamentos, sentimentos e informação sensível), por ter sido a investigadora a implementar no ACeS o Núcleo de Segurança do Doente (funciona desde 2012, tem por filosofia de base a abertura na comunicação e promove uma aprendizagem organizacional proactiva e não punitiva) e por ter já realizado várias formações na área da SD no ACES com promoção uma cultura de segurança positiva.

A escolha dos participantes recaiu sobre o grupo profissional dos enfermeiros uma vez que são o maior grupo profissional do ACeS (30%), são quem geralmente mais adere a este tipo de questionários nos CSP quando dirigidos à equipa multiprofissional (Webair et al., 2015; Bondevik et al., 2014), têm uma perceção mais precisa da cultura organizacional (Talati & Griffin, 2014), têm maior contato com os doentes e portanto é mais informativo medir a CSD através deles (Talati & Griffin, 2014) e ainda porque este estudo está inserido no Curso de Mestrado de Direção e Chefia em Serviços de Enfermagem. Talati & Griffin (2014) validam esta escolha pois defendem que os enfermeiros, sendo funcionários fronteira, são quem presta a maioria dos cuidados aos doentes, trabalham em estreita colaboração com estes e têm um bom conhecimento sobre as suas necessidades.

Dado que se pretendia interagir com os enfermeiros que estão integrados na CSD neste ACeSEG, com potencial para oferecer uma descrição rica e densa da cultura e do fenómeno de baixa adesão ao questionário (Streubert & Carpenter, 2011), e dado que os enfermeiros dos Conselhos Técnicos das USFs, são nas USFs, os detentores de qualificação profissional mais elevada e de maior experiência profissional nos cuidados de saúde primários, escolhidos pelos enfermeiros e a este elemento compete, em complementaridade com o

elemento médico, a orientação necessária à observância das normas técnicas emitidas pelas entidades competentes e a promoção de procedimentos que garantam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde (decreto lei 298/2007, artigo 14º; decreto lei nº 73/2017), recaiu sobre estes a primeira escolha como participantes no estudo.

Foram selecionados de forma intencional, os 8 enfermeiros dos Conselhos Técnicos das USFs modelo B, os 4 dos Conselhos Técnicos das USFs modelo A.

De forma a captar uma visão mais ampla dos enfermeiros em CSP foram ainda convidados a participar no estudo os dez enfermeiros com funções equivalentes às dos Conselhos Técnicos das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), um enfermeiro da Unidade de Apoio à Gestão (UAG), um da Unidade de Saúde Pública (USP), um de cada Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e uma das Vogais de Enfermagem do Conselho Clínico e Saúde (VCCS) em exercício na altura da aplicação do questionário em 2015, num total de 27 enfermeiros.

O facto de serem indivíduos do mesmo grupo profissional, com a mesma formação de base, com funções semelhantes, todos profissionais do ACeSEG, garantiu uniformidade. Esta homogeneidade esteve em equilíbrio com a diversidade decorrente do facto de, cada grupo, e o total de participantes, incluir profissionais de tipologias de unidade diferentes, com diferentes níveis de desenvolvimento da qualidade organizacional, com diferentes tipos de pós licenciatura de especialização em Enfermagem e idades diferentes. Pretendeu-se assim não só compreender a perceção dos enfermeiros que prestam cuidados nas suas várias vertentes (USF, UCSP, UCC e USP) mas também os da área da gestão (UAG, USP, VCCS). Foi assegurado assim um equilíbrio entre a homogeneidade (enfermeiros) e a heterogeneidade (várias unidades funcionais e área de prestação e gestão de cuidados).

Na distribuição foi atendida à disponibilidade dos participantes e suas características (experiência profissional, experiência profissional em CSP, participação em atividades na área de SD). Os dois grupos e o número de participantes foram suficientes para que o estudo fosse válido (Streubert & Carpenter, 2011; Kind, 2004; Carey, 2007; Ribeiro, 2010; Polit & Beck, 2011; Geoffrion, 2003; Cotê-Arsenault, 2013; Drake, 2013; Mack et al., 2005).

Dos 27 selecionados, aceitaram participar no estudo 17 enfermeiros. Dos dez ausentes, seis foi por motivo de férias e três por necessidade de prestação de serviços mínimos. Registou-se apenas uma recusa em participar.

Com a participação dos 17 enfermeiros, foi atingida a saturação, verificada através da repetição da informação e da confirmação dos dados anteriormente colhidos (Streubert & Carpenter, 2011), pelo que não foi necessário mais sessões.

O método de recolha de dados considerado mais adequado para a persecução dos objetivos foi o *focus group*. O *focus group* é um procedimento de recolha de dados no qual o investigador tem a possibilidade de ouvir vários sujeitos ao mesmo tempo, além de observar as características do processo grupal e tem como objetivo obter uma variedade de informações, sentimentos, experiências, representações de pequenos grupos acerca de um tema determinado (Kind, 2004). O *focus group* como “*uma forma particular de entrevista em grupo destinada a explorar a dinâmica de grupo*” (Freeman, 2006, p.491) utiliza a interação grupal para produzir dados e *insights* que seriam dificilmente conseguidos fora do grupo (Kind, 2004). Os *focus groups* proporcionam compreensão das crenças e atitudes subjacentes ao comportamento; os dados e opiniões são enriquecidos através da interação do grupo porque a interação individual pode ser melhorada em contexto de grupo (Carey, 2007). Os dados recolhidos incorporam o processo do grupo, tomados como maior do que a soma das opiniões, sentimentos e pontos de vista individuais em jogo (Kind, 2004). Nas pesquisas com grupos focais, o moderador usa dinâmicas de grupo e interações para reunir dados sobre um problema (Doody, Slevin & Targgart, 2013).

Este método mostrou sem dúvida ser uma mais valia, pois encerra em si um conjunto diversificado de técnicas (a entrevista não direcionada, a observação e a análise do discurso) (Galego & Gomes, 2005), numa combinação única de entrevistas, interação grupal e observação participante (Plummer –D’Amato, 2008). Esta opção é validada por Galego & Gomes (2005), que consideram que se o *focus group* for a única estratégia de recolha de informação deverá ser considerado um método; se for um instrumento complementar na triangulação da recolha e análise de dados deverá ser considerado uma técnica.

O *focus group* permite não só que se crie um espaço de debate em torno de um assunto comum a todos os intervenientes, como também permite que através desse mesmo espaço os participantes construam e reconstruam os seus posicionamentos em termos de representação e de atuação futura (Galego & Gomes, 2005). Além disso, permite observar a construção do conhecimento numa situação real de dinâmica de grupo, onde são analisadas as relações que vão acontecendo, tendo por base as opções de cada elemento do grupo. O conhecimento constitui aqui um valor crítico e reflexivo, com carácter dinâmico e operativo, podendo esta simbiose contribuir para o evoluir das pessoas e das sociedades, ou seja, para o emergir de novas atitudes e de novas mentalidades (Galego & Gomes, 2005).

Uma vez que, com este método, podemos explorar profundamente opiniões ou nuances de opinião; perceber o quê e o porquê de opiniões ou comportamentos (pode clarificar que fatores influenciam opiniões e comportamentos); compreender os resultados de um grande estudo quantitativo (após esse estudo pode-se usar *focus group* para perceber porque os participantes responderam de certa forma, ou para obter mais detalhe nalgumas das respostas (Drake, 2013), nomeadamente o porquê da baixa adesão à ACSD), pareceu-nos ser este o método mais adequado aos objetivos deste estudo. Também Geoffrion (2003) defende a aplicação do *focus group* após um estudo quantitativo, para estabelecer as causas ou os sentimentos subjacentes a certas respostas obtidas ou, também, explicar certos resultados. Além disso a utilização de grupos focais está indicada quando a interação pode fomentar respostas mais interessantes ou novas ideias originais; a pressão dos participantes homogêneos facilita as suas reflexões, ao mesmo tempo que incita opiniões contrárias; o tema não é tão delicado a ponto de dificultar as respostas; o tema tem a possibilidade de ser discutido por todos os participantes (Kind, 2004).

Dado que os *focus group* podem estar associados a pesquisas exploratórias que permitem fornecer importantes antecedentes sobre o conhecimento ou dados preliminares em áreas desconhecidas (como os obstáculos à adesão ao questionário de cultura de segurança) e podem ser utilizado para discutir com mais profundidade informações quantitativas, assim como clarificar esses mesmos resultados (baixa adesão), para gerar hipóteses para pesquisas futuras, para avaliar ou desenvolver um programa particular de atividades (ACSD) (Galego & Gomes, 2005), para obter *feedback* sobre determinado assunto, criar de hipóteses de investigação que possam ser testadas em estudos maiores, criar novas ideias ou conceitos, obter de informação para o desenvolvimento de instrumentos (adequação do questionário aos CSP ou da sua linguagem) (Stewart et al., 2007, citados por Streubert & Carpenter, 2013), este método pareceu à investigadora o ideal para este estudo.

“Em Enfermagem os focus grupos têm sido usados para explorar uma amplitude de tópicos nas áreas clínica, da formação e da administração” (Streubert & Carpenter 2013, p.40). Os *focus group* *“são úteis em vários contextos, especialmente quando se lidam com assuntos sensíveis”* (Streubert & Carpenter 2013, p.39) como pode ser a ACSD, nomeadamente na abordagem de dimensões como o apoio da gestão de topo ou a comunicação acerca do erro. Também Carey (2007, p.224) reconhece que *“... algumas vezes os grupos de foco são a melhor abordagem para assuntos sensíveis.”* Os grupos de discussão permitem compreender os sentimentos dos participantes, a sua forma de pensar e agir, e como eles percebem o problema, o analisam e discutem (Geoffrion, 2003).

Esta escolha é apoiada pela WHOd (2008), que reconhece que os dados qualitativos, provenientes de *focus groups*, entrevistas ou observação direta são valiosos para uma compreensão contextualizada da cultura de segurança, apesar de não ser possível a comparação entre grupos. Também Guldenmund (2014) defende a adoção de estudos qualitativos (idealmente em complementaridade com os quantitativos), dado a abordagem qualitativa captar melhor as diferenças ou nuances locais do significado cultural.

Os *focus groups* apresentam várias vantagens: são eficientes, são capazes de gerar bastante diálogo (Polit & Beck, 2011); permitem uma multiplicidade de visões e reações emocionais no contexto de grupo por ser uma ação previamente organizada e dirigida a um grupo determinado, permitem ao investigador maior agilidade na recolha de dados, têm baixo custo, apresentam rapidez na recolha de dados, são flexíveis, são possíveis de conciliar com outras modalidades de investigação (Galego & Gomes, 2005); permitem explorar questões chave em profundidade de uma forma que encoraja a troca de ideias e opiniões entre participantes, os participantes podem comentar as opiniões de outros elementos do grupo e o facilitador tem a oportunidade de seguir no imediato os comentários realizados pelos participantes, os dados qualitativos obtidos por *focus groups* fornecem ilustrações ou explicações poderosas sobre determinados comportamentos e facilita a colheita de informação a indivíduos com leitura pobre ou poucas competências de escrita (Drake, 2013). Os dados obtidos são particularmente ricos e complexos (Plummer – D’Amato, 2008). São rápidos, baixo custo, dinâmicos (a dinâmica que se instala valoriza os dados), os participantes são envolvidos diretamente na investigação (Ribeiro, 2010; Bailey, 1994).

Os *focus groups* apresentam contudo algumas desvantagens: o investigador no seu papel de moderador tem menor controlo sobre a validade e fiabilidade das conclusões do que com outras técnicas; não permite generalização; facilmente se confundem os pontos de vista individuais e coletivos; geralmente menospreza-se a importância da habilidade do moderador, de liderança e comunicação, na condução da discussão (Aigner, 2002); podem existir elementos do grupo que não se sintam confortáveis em partilhar as suas visões ou experiências diante de um grupo (Polit & Beck, 2011); pode ser considerado uma ação não natural que pode inibir a espontaneidade do grupo, o facto da investigação estar sempre sujeita à interferência do moderador/investigador, as dispersões próprias de grupos heterogéneos e o facto dos investigadores criarem ou dirigirem os grupos torna as intervenções mais artificiais, o que pode influenciar os resultados alcançados, além do próprio grupo poder influenciar a natureza dos dados produzidos (Galego & Gomes, 2005); as conclusões só se referem aos próprios participantes e não à população em geral, os

participantes não são selecionados de forma randomizada pelo que os achados não são estatisticamente representativos de qualquer outro grupo, podem ainda ser caros (gasto em tempo, viagens, refeições ou lanches) e se a população de interesse for muito diversa, pode ser necessário conduzir muitos grupos para se os dados sejam úteis (Drake, 2013); pode existir pensamento de grupo, um processo que ocorre quando os membros mais fortes do grupo ou segmentos do grupo têm maior controlo ou influência sobre as verbalizações dos outros membros mas um bom líder pode ultrapassar esta tendência se estiver atento a este potencial durante a colheita de dados (Carey et al., 1994 citados por Streubert & Carpenter, 2013) e perda de privacidade (Bailey, 1994).

O *focus group* parece e sente-se como informal, mas é na realidade cuidadosamente planeado e orquestrado (Drake, 2013). Este planeamento inclui o ambiente, as questões, a duração da entrevista, a seleção dos participantes e o papel do moderador (Doody, Slevin & Taggart, 2013).

Atendendo ao tema a ser investigado (Galego & Gomes, 2005) foram organizados dois grupos de forma a garantir saturação do tema (Kind, 2004); caso não fosse saturado o tema seriam planeadas mais sessões. Foi assegurado que seriam formados por indivíduos com características comuns (todos eram enfermeiros e trabalhavam no ACeSEG) mas ao mesmo tempo foi garantido o equilíbrio entre uniformidade e diversidade (Galego & Gomes, 2005), dado que os enfermeiros exerciam funções em unidades distintas e tinham funções quer de prestação quer de gestão de cuidados.

Não há consenso quanto ao número de participantes para um *focus group*, que varia entre um número mínimo de quatro (Carey, 2007; Ribeiro, 2010) e um máximo de 20 elementos (Bowling, 2014), sendo que a maioria dos autores recomenda um número de participantes que varia entre cinco a 12 participantes (Kind, 2004; Carey, 2007; Ribeiro, 2010; Polit & Beck, 2011; Geoffrion, 2003; Cotê-Arsenault, 2013; Drake, 2013; Mack et al., 2005). Em grupos pequenos os participantes têm maior probabilidade de se sentirem mais confortáveis e cada membro tem maior oportunidade de falar, o líder pode gerir mais facilmente a dinâmica de grupo, o processo de informação e atender a cada membro (Carey, 2007). Um grande grupo requer maior intervenção do moderador e dá menos espaço para os participantes se exprimirem (Geoffrion, 2003). Optou-se na primeira sessão pelo grupo com menor número de participantes (sete), tentando diminuir o risco de perda de informação numa primeira sessão. Com as melhorias decorrentes do *defriefing* da primeira sessão, foi otimizada a segunda sessão envolvendo mais participantes (dez).

Foi escolhido como local para a realização do *focus group* a sala de reuniões da USF S. Félix da Marinha por ser a unidade mais central do ACeSEG, de fácil acesso e estacionamento gratuito, com sala de reuniões com boas condições de luminosidade, ventilação, sonoridade, espaço, conforto e privacidade (Kind, 2004). Foi realizada uma visita ao local, verificada a disponibilidade e garantidos os materiais necessários para o bom funcionamento da sessão. Optou-se por posicionar os participantes à volta de uma mesa, pois assim estão todos ao mesmo nível, a mesa oferece uma certa proteção psicológica e uma superfície de trabalho quando os profissionais têm que manipular questionários individuais ou outros documentos (Geoffrion, 2003).

Foi elaborado o guião do *focus group* que se constituiu como orientação, auxílio de memorização de questões importantes a serem tratadas, para que o debate não corresse o risco de se tornar uma conversa desestruturada (Kind, 2004). Tratou-se de um guião semiestruturado, flexível o suficiente para que a discussão decorresse de forma espontânea (Kind, 2004). Era composto por uma introdução, agradecimentos, uma questão quebra-gelo, uma questão de aquecimento, para promover a interação entre participantes, três grandes questões, e uma questão de fecho (Drake, 2013). As questões estavam relacionadas com os objetivos (Kind, 2004), partindo da mais geral para a mais específica. Foram colocadas outras questões motivadas pelo decorrer da discussão, pois a discussão deve incluir questões que o pesquisador já conhece e novas questões que não foram previstas (Merton, Fiske & Kendall, 1990; Kind, 2004). Incluía um esquema da distribuição dos participantes, moderadores, observador e anotadores e algumas frases para promover a interação grupal. Foi igualmente elaborado um formulário para o observador e anotadores, com vista a facilitar a sua tarefa.

As principais questões do guião eram as seguintes:

1. O que significa para cada um de vós SD?
2. Quais os obstáculos à adesão à resposta ao questionário de ACSD pelos profissionais na vossa unidade?
3. Imagine que faz parte da direção executiva do ACeS, que medidas de melhoria propunham para cada obstáculo?
4. Gostaria de saber a vossa opinião sobre as várias dimensões da CSD
5. Relativamente às várias dimensões de CSD, considera-as um ponto forte da cultura de segurança do ACeS ou uma dimensão a melhorar?

Como moderadores foram escolhidos o investigador responsável pela investigação (Kind, 2004) e a orientadora da tese, pelas suas características pessoais, experiência na condução de grupos, atitude e postura, respeito pelas posições divergentes e conhecimento especializado sobre o tema (Kind, 2004), sobre a organização e sobre os participantes. Às moderadoras competiu intervir na moderação e condução da entrevista em articulação entre si. As suas funções consistiram em manter o grupo em interação durante um tempo determinado de forma a obter dados acerca do tema da pesquisa (Kind, 2004). Promoveram a participação e interação de todos, evitaram a dispersão em relação aos objetivos e que algum participante se sobrepôs ao grupo. Exerceram um papel de liderança sem interferir na dinâmica do grupo (Galego & Gomes, 2005), mantendo o equilíbrio entre o silêncio e a intervenção para esclarecer o que disseram os participantes e incentivar a interação (Doody, Slevin & Targgart, 2013). São pessoas hábeis em entrevistas e em gestão, dinâmica e discussões de grupo, foram capazes de ouvir ativamente, de pegar nas indicações dos participantes e foram sensíveis ao que os membros do grupo consideraram importante (Doody, Slevin & Targgart, 2013), reconhecendo que no *focus group* não existem respostas certas e erradas, espaço para preleções pedagógicas ou para persuasão (Kind, 2004). Nem sempre as moderadoras abordaram todas as questões mas todos foram incentivados a discutir o principal tópico (Doody, Slevin & Targgart, 2013).

Uma das moderadoras pertence à organização e a outra é externa à mesma, o que ofereceu uma dupla vantagem, por um lado a moderadora interna promoveu uma interação mais natural, com menos resistências, mais personalizada e contextualizada. Conhecendo bem a organização e os colaboradores, facilmente apelou a questões específicas organizacionais, favorecendo a partilha de experiências, sentimentos e emoções. O facto de ter uma moderadora externa com muita experiência em dinâmicas de grupo constitui-se uma mais-valia. Esta moderadora compilou no decorrer do *focus group* os obstáculos e estratégias, validando com os participantes os resultados, o que permitiu uma maior credibilidade dos dados. O facto da maioria dos participantes reconhecerem a moderadora externa como responsável pela ACSD a nível nacional, constituiu uma fonte de motivação para a discussão e para a sugestão de melhorias, sabendo que a sua opinião seria ouvida por uma responsável ao mais alto nível, sentindo que realmente estavam a contribuir para mudanças efetivas.

O papel de observador foi assumido pela coorientadora. Teve como função analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal e apontar as reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações. O observador, apesar de ter posição

menos ativa (restringindo-se ao registro de comunicações não-verbais, linguagem, atitudes preocupações e ordem de respostas que seja considerada importante (Kind, 2004), teve um papel fundamental na validação da investigação.

O convite aos profissionais foi realizado por via telefónica, com antecedência de cerca de um mês, com posterior envio de correio electrónico a solicitar confirmação de presença (15 dias antes), com informação do dia e hora da sessão, duração prevista, local (morada, mapa e fotografia da unidade), contatos telefónicos e e-mail de contato, objetivos do estudo, breve contextualização do tema, texto motivacional, hiperligação para recolha de dados de caracterização dos participantes e confirmação da data da sessão. Foi proporcionado a hipótese de não participação no estudo, dada a relação hierárquica com uma das moderadoras. Foi enviado em anexo consentimento informado (Anexo 1) pedindo aos participantes que o lessem. Foram proporcionados esclarecimentos às dúvidas colocadas.

Foi enviado à equipa de investigação via correio electrónico o guia de *focus group*, folhas de registo e instruções. Realizado esclarecimento de dúvidas e descrição da técnica da investigação aos transcritores. Foi realizado teste piloto com transcritores na USF S. Miguel com o mesmo número e tipo de participantes (com a exceção do enfermeiro da unidade que participará no *focus group*), com simulação de registo de participação no *focus group* com o mesmo tema e teste das perguntas do guião. Em consequência do teste foram introduzidas melhorias nomeadamente forma de identificar participantes e forma de registo. O guião mostrou-se adequado e o resultado foi produtivo com dados ricos e profundos. É aconselhável uma melhor gestão de tempo para que se possa refletir sobre as questões.

Com base nas cinco etapas dos *focus group* definidas por Silva, Veloso & Keating (2014), apresenta-se uma síntese das atividades realizadas na tabela 7.

A análise de dados aconteceu de forma concomitante ao processo de condução do grupo (Krueger, 2002 citado por Kind, 2004). Foi realizada a análise de conteúdo das contribuições dos participantes no *focus group*, assim como análise do processo grupal. A análise de dados e a divulgação de resultados será pormenorizadamente descrita no capítulo 3.

Os resultados foram apresentados em reunião dos Conselhos Técnicos aos enfermeiros participantes que validaram os resultados.

Tabela 7 : Etapas do focus group

Etapas do <i>Focus Group</i>		
Planeamento	Definição das questões em função dos objetivos da investigação e do <i>focus group</i> ; Definição da estrutura do guião; Definição dos participantes, número de participantes e número de grupos	Foram elaboradas as questões e definida a estrutura do guião. Foram selecionados como participantes 17 enfermeiros do ACeSEG, da área de prestação de cuidados e da gestão, das várias Unidades, num total de dois grupos de sete e dez enfermeiros respetivamente.
Preparação	Recrutamento dos participantes; Informação e esclarecimento de dúvidas; Regras de participação (entre as quais duração e consentimento informado); Escolha do local; Definição do papel das moderadoras, observadora e anotadores	Conctato telefónico e envio de e-mail aos participantes. Envio de formulário de consentimento informado. Optou-se por duas moderadoras, uma observadora e dois anotadores na primeira sessão com grupo de sete enfermeiros e com aumento de um anotador na segunda sessão com dez enfermeiros. Realização de teste piloto.
Moderação	Reunião com participantes com condução de <i>focus group</i>	Introdução, agradecimentos e apresentação. Início do debate entre participantes. O moderador questionou, ouviu e manteve a conversa no trilho dos objetivos; certificou-se que todos os participantes tiveram oportunidade de falar. Os anotadores registaram os contributos verbais e o observador a dinâmica de grupo, o desempenho dos moderadores, a comunicação não-verbal. Síntese da discussão e esclarecimento de dúvidas <i>Defriefing</i> após cada sessão de <i>focus group</i> .
Análise de dados	Análise rigorosa e sistemática dos dados qualitativos provenientes do <i>focus group</i>	A análise de dados através da análise temática, da análise de conteúdo e análise do processo grupal (dos vínculos e processos dinâmicos do grupo) que estão interligadas para interpretação das comunicações do <i>focus group</i> . Pressupõe o registo e transcrição de dados e a construção de categorias de análise (Kind, 2004).
Divulgação de resultados	Elaboração do relatório com os resultados; Divulgação dos resultados aos participantes.	A equipa de investigação elaborou o relatório, divulgando a versão provisória aos participantes para sua validação.

Neste trabalho foram tidas em conta várias considerações éticas. “A *confidencialidade é uma preocupação especial da investigação com grupos de foco devido à da sessão de grupo que pode extrair informação mais pessoal do que a antecipada pelos membros*” (Carey, 2007, p. 227).

O projeto de investigação teve o parecer positivo do ACeSEG, do Núcleo de Investigação do ACeSEG assim como da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde do Norte (ARS) (Anexo 3). Foi realizado pedido de consentimento informado a todos os enfermeiros que participaram no estudo, incluindo no teste piloto (Anexo 1). Foi esclarecido o uso futuro dos dados e as condições de confidencialidade (Carey, 2007). Os participantes foram

alertados para não comentarem nem identificarem conversas ou participantes fora do grupo. Foi garantido anonimato dos participantes (incluindo nos registos das participações) e a confidencialidade dos dados recolhidos por toda a equipa de investigação, incluindo os anotadores.

3. RESULTADOS

Os participantes no estudo foram 17 enfermeiros. A caracterização dos mesmos foi resumida na tabela 8:

Tabela 8 : Caraterização dos enfermeiros que participaram no estudo

Sexo	14 feminino e 3 masculino.
Idade	31 -57 anos; média de 42,9 anos; mediana de 43 anos e moda de 46 anos
Estado Civil	12 casados, 4 divorciados e 1 solteiro
Habilitações Académicas	13 licenciados, 4 mestrado
Especialização em Enfermagem	11 com Curso de Especialização em Enfermagem: 5 em Saúde Comunitária / Saúde Pública; 4 em Reabilitação; 2 em Saúde Materna e Obstétrica.
Pós graduações	3 em Gestão de Unidades de Saúde; 2 em Supervisão Clínica; 1 em Pedagogia em Saúde; 1 em Prevenção e Controlo de Infecção
Formação na área da SD	6 Segurança do Doente 2 Controlo de Infecção; 1 Erro Médico
Tempo de serviço	9-35 anos; média de 19,2 anos; mediana de 19 anos e moda de 19 anos
Tempo de serviço em CSP	4-24 anos; média de 12,4 anos; mediana de 12 anos e moda de 10 anos
Tempo de serviço na unidade	1-17 anos; média de 6,4 anos; mediana de 6 anos e moda de 6 anos
Elementos do Conselho Técnicos	12 são elementos do Conselho Técnico das USF ou equivalente das USCP e UCC 3 estão em representação dos elementos do Conselho Técnico da sua unidade 2 pertencem a unidades específicas USP e UAG (que não têm Conselho Técnico)
Tempo de serviço como Enfermeiro do Conselho Técnico	12 são elementos dos Conselhos Técnicos ou equivalente: 1-9 anos; média de 3,5 anos; mediana de 3,5 anos e a moda de 4 anos
Participação em atividades SD	6 participaram em atividades de, nomeadamente no pré-teste da avaliação da cultura de segurança em 2013; participação no Núcleo de Segurança do Doente do ACeSEG, Equipa Local de Acompanhamento (auditoria de qualidade organizacional às unidades funcionais), Grupos de trabalho em articulação com a CQS (quedas, úlceras de pressão, SCLínico®, etc.); Interlocutor de risco da unidade; Interlocutor de controlo de infeção da unidade; Formação em SD; Elaboração de procedimentos.

O *focus group* decorreu em duas sessões, nos dias 16 e 19 Setembro de 2016, no horário previsto e teve a duração de 118 e 110 minutos respetivamente, não ultrapassando assim o tempo máximo recomendado de 120 minutos (Kind, 2004) estabelecido com os participantes. Cada *focus group* teve apenas uma sessão por grupo de participantes, dado que os objetivos de pesquisa eram claros, a construção do guia se mostrou adequada e a equipa de moderadores e observador estavam capacitados para a tarefa (Kind, 2004).

Com a participação dos 17 enfermeiros pensou-se ter atingido a saturação dos dados no momento deste estudo, verificada através da repetição da informação e da confirmação de dados recolhidos na primeira sessão (Streubert & Carpenter, 2011), não tendo sido necessárias mais sessões.

3.1 Conceito de Segurança do Doente

Como questão de aquecimento foi solicitado aos participantes que dissessem o que significava para eles SD. Os participantes consideraram que a SD é um conceito abrangente e que engloba tudo na organização, demonstrado por expressões como “[...] *é muito abrangente*” (FG1P1), *“diz respeito a tudo o que está ligado ao doente [...] Engloba tudo.”* (FG1P5; FG2P4), expressões comuns às duas sessões de *focus groups*.

Consideraram que a SD inclui não só a segurança física, tais como *“as condições das instalações (FG1P4; FG2P2) nomeadamente a nível de rampas de acesso, limpeza dos pisos, condições dos bancos e cadeiras, sanitários.”* (FG1P4) mas também a segurança no atendimento *“a nível dos cuidados de saúde”* (FG2P2). Para estes enfermeiros *“a SD implica com tudo da organização, desde os profissionais, às instalações e ao próprio doente, a toda a dinâmica, de forma a que tudo corra bem”* (FG2P4).

Na perspetiva dos enfermeiros do ACeSEG que participaram no estudo a SD *“É um direito do doente e do profissional.”* (FG1P5; FG1P4). O doente tem direito a cuidados seguros *“A coisa mais importante quando o doente entra numa organização de saúde é que ele se sinta seguro [...] Nós devemos prestar os melhores cuidados de saúde possível”* (FG2P2) *“cuidados bons, seguros e benéficos para o doente”* (FG1P4; FG2P2) e os profissionais, têm *“o direito de ter condições para tratar os doentes em segurança”* (FG1P5; FG1P4) para poderem *“prestar os cuidados certos, assertivos, relacionados com todas as necessidades, de forma a que também, por um lado eles sintam e usufruam dessa segurança e nós também nos sintamos seguros porque estamos à vontade, prestando um bom cuidado”* (FG1P4).

A SD começa *“a partir do momento que entra na instituição, a partir da identificação do utente”* (FG2P6; FG2P7) *“até à sua saída.”* (FG2P7) e até *“mesmo depois do doente sair da instituição”* (FG2P5).

A SD é responsabilidade de todos: *“estão implicados o indivíduo, o profissional, a organização, o próprio utente e até o acompanhante”* (FG2P2) *“Vai desde a organização (FG1P5; FG2P2) até às pessoas a quem delegamos pequenas tarefas”* (FG1P5). É ainda consensual por parte dos intervenientes em ambas as sessões que *“o doente faz parte da equipa”* (FG2P6; FG2P2; FG1P2).

Estes profissionais reconhecem o risco associado à prestação de cuidados de saúde: *“O utente, também, pela nossa prática, pode estar sujeito a alguma falta de segurança.”* (FG1P6) *“Tudo o que implique que o utente não fique em risco: de queda, de se magoar, de contrair uma infeção nosocomial; risco no geral”* (FG2P10). *“ [...] o doente entrou de uma maneira para ser atendido por nós e o que implique que ele saia diferente porque algo aconteceu que não devia ter acontecido naquele momento”* (FG2P10).

Reconhecem que na prestação dos cuidados de saúde o doente está sujeito a vários riscos: *“[...] é tudo o que possa causar algum dano físico, moral ou psicológico ao utente, quando está ao nosso cuidado, quando está na instituição”* (FG2P9; FG2P3)) e que é obrigação do profissional *“Não causar dano ao utente”* (FG2P3) ou *“Minimizar o risco ao máximo...”*. (FG2P3) reconhecendo contudo que *“Não existe risco zero! Isso é quase impossível!”* (FG2P3). Têm consciência da possibilidade de erro: *“Cada vez mais temos consciência que é fácil errar. Tenho mais consciência agora do que tinha há 10 ou 20 anos atrás...”* (FG1P3; FG1P7), erro esse praticado por profissionais que *“se acham mais inteligentes”* (FG1P7) ou que são *“levianos no que estão a fazer”* (FG1P7). Ressalvam que têm que estar especialmente atentos aos alunos de Enfermagem pois *“Se não estamos atentos eles erram com muita facilidade”* (FG1P1).

Reconhecem que a responsabilidade associada à prestação de cuidado de saúde: *“É uma responsabilidade muito grande! Porque são pessoas e não objetos!”* (FG1P6), e que um erro pode ter consequências graves, quer para o doente *“Porque sabemos que aquilo que nós fazemos pode ter implicações graves... Daí o receio...”* (FG1P6; FG1P5), quer para os profissionais *“Corremos o risco de podermos ser penalizados, de sermos alvo de processos”* (FG1P5).

Os enfermeiros do ACeSEG, na sua prática quotidiana, utilizam algumas estratégias de gestão do risco, de forma *“a conseguir não cair no erro.”* (FG1P6) e a *“evitar acidentes protegendo o utente”* (FG1P1). Em primeiro lugar ressalvam que *“As pessoas têm de estar conscientes do que estão a fazer [...]”* (FG1P7). Aconselharam o uso de sequências de segurança *“Se as pessoas não forem sequenciais e repetitivas com elas próprias o erro é muito fácil de acontecer...”* (FG1P7), partilhando entre si as suas sequências de segurança *“1º registar no boletim 2º agendar a próxima 3º Vacinar 4º SINUS [Sistema de Informação das Unidades de Saúde] 5º SAPE [Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem]”* (FG1P7), pelo que garantem *“Há sequências que não são violáveis!...”* (FG1P7). Sugerem que a organização de materiais e equipamentos pode ajudar a prevenir o erro *“organizar as*

vacinas por ordem, [...] coloco-as da forma como as vou usar. O meu frigorífico na minha sala está organizado...” (FG1P2). Reconhecem a importância do uso de lembretes “[...]colar o calendário das vacinas na porta” (FG1P4) e da confirmação múltipla “Nas vacinas confirma-se várias vezes, incluindo na hora de administrar” (FG1P3; FG1P7). Sugerem ainda a gestão dos fatores de risco como forma de prevenir o erro “Se eu tiver a noção sobre a SD e sobre todos os fatores que podem condicionar essa segurança eu poderei estar mais atento a esses fatores e geri-los da melhor forma [...]” (FG1P4).

No decurso dos *focus group* identificam ainda as interrupções como fator que facilita a ocorrência de erros: reconhecem que os seus cuidados são alvo de interrupções “...estamos a atender um doente e somos interrompidos duas ou três vezes...” (FG1P5), quer pelo telefone (FG1P3;FG1P4), quer pela intervenção do próprio doente ou outros profissionais (FG1P4; FG1P7), pelo que alertam “Não temos que ser!... Não podemos ser!” (FG1P5) pois tais interrupções potenciam os erros “Facilmente se baralha...” (FG1P3). Perante tais interrupções ,os profissionais, ou ignoram a interrupção “deixa tocar” (FG1P4) ou colocam-nas mentalmente em plano secundário “na minha mente o que interessa é a minha sequência” (FG1P7), reiniciando a sequência de segurança “Se o telefone tocar, volto à sequência. Volto ao número um. É impensável não voltar a rever o percurso.” (FG1P7).

A tabela 9 resume o conceito de SD dos participantes:

Tabela 9 : Conceito de SD dos enfermeiros do ACeSEG

Segurança do Doente é....	
✓	um conceito abrangente que engloba tudo na organização
✓	não só segurança física mas também segurança no atendimento, segurança do profissional e segurança da própria organização
✓	um direito do doente e do profissional
✓	uma responsabilidade de todos, incluindo do próprio doente
✓	a prestação de cuidados seguros, pois existe risco associado às práticas assistenciais, que pode gerar erros com consequências graves quer para os doentes quer para os profissionais pelo que estes devem adotar práticas seguras que não causem dano ao doente ou reduzam o risco ao mínimo aceitável.
✓	a adoção consciente pelos profissionais de estratégias de gestão de risco que incluem atenção plena, sequências de segurança, lembretes, confirmação múltipla e gestão dos fatores de risco.

3.2 Cultura de Segurança do Doente no ACeSEG

Os enfermeiros participantes caracterizaram a CSD do ACeSEG por dimensão, considerando que na maioria das dimensões seriam necessárias intervenções de melhoria:

- **Abertura na comunicação:** os participantes consideraram que não havia abertura na comunicação “Não há abertura da comunicação” (FG2P1) manifestado pela

verbalização de medo de penalização por parte dos profissionais “[...] medo que as pessoas têm de demonstrar” (FG2P1). Apenas um participante partilhou uma sua experiência positiva: “Já comuniquei uma vez e ninguém me puniu. Houve abertura para isso” (FG1P7), reforçando a importância da abertura na comunicação na melhoria contínua: “Em relação ao erro é importante haver abertura” (FG1P7) “Ser um aspeto não punitivo para se conseguir corrigir” (FG1P7). Também uma participante associou a abertura da comunicação com a comunicação do erro: “Assim quando houver um erro é fácil comunicar” (FG1P2). Por ter sido referido como obstáculo específico pelos participantes, o medo de penalização será abordado mais adiante com maior detalhe.

- **Comunicação acerca do erro:** os participantes consideraram que a comunicação acerca do erro não era fácil, porque ninguém gosta de errar, “Todas as pessoas que erram, no início quando descobrem o erro, ficam “eu errei, falhei nisto”, ninguém gosta de errar!” (FG2P10) e existia dificuldade nesta comunicação “A comunicação acerca do erro não é uma comunicação muito fácil. [...]Mas também não sei como abordar esta comunicação do erro...” (FG2P4). Em consequência disso foi possível perceber défice nesta área, manifestado pela verbalização de ausência de comunicação de erros. Comparam a comunicação do erro nos CSP e nos cuidados hospitalares: “Às vezes a nível hospitalar é diferente, porque o registo é diferente. E acaba por a falha ser visível. Geralmente também provoca um dano... Os que são conhecidos, os erros conhecidos são os que provocam um dano grande e que por isso são mediatizados” (FG2P10). Foi notório que a notificação em sistemas nacionais ou locais era ausente ou incipiente “vê muitas notificações de erros? Eu acho que não se vê muito. Não é uma cultura que exista, nem aqui nem a nível hospitalar” (FG2P10), existindo apenas partilha e discussão do erro a nível local, na unidade: “Normalmente partilhamos só com colegas [...] se a gente notificasse...” (FG1P2) “às vezes a comunicação acerca do erro fica restrita àquele sítio.” “Não se comunica para fora [...] Mas esse erro não sai dali, é à porta fechada.” (FG2P10). Apenas um participante referiu ter realizado uma notificação. Relativamente à comunicação do erro ao doente e família um dos participantes referiu que “Aí a coisa também não funciona...” (FG2P4).
- **Aprendizagem organizacional:** Embora reconhecessem que o erro podia ser um ponto de partida para a aprendizagem organizacional (FG2P4; FG2P10) pois “Se calhar se partilharmos com outra pessoa já vai haver ali muita gente que já não vai fazer a mesma coisa” (FG1P2) os participantes consideraram que esta

aprendizagem ocorria *“Eu acho que, numa equipa pequena, às vezes discute-se alguma coisa que correu menos bem e esse hábito existe”* (FG1P2; FG2P4) mas era restrita à unidade funcional *“E às vezes a comunicação acerca do erro fica restrita àquele sítio. Não se comunica para fora [...] esse erro não sai dali, é à porta fechada”* (FG2P10; FG2P4) devido ao medo de penalização *“pelo medo que as pessoas têm de demonstrar”* (FG2P1), à dificuldade da comunicação do erro *“partilhar com o núcleo fechado que é a equipa, já às vezes é difícil”* e da crítica de outros profissionais *“eu vou ser alvo de chacota”* (FG2P10) .

- **Apoio pela gestão de topo:** Apesar de ser consensual nos dois *focus groups* que o apoio pela gestão de topo era uma dimensão da cultura de segurança do ACeS a melhorar, a opinião sobre o apoio no momento do estudo variou entre os vários participantes. Existiram participantes que criticaram o apoio pela gestão de topo *“às vezes, sentimo-nos bastante desapoiadas”* (FG2P4), outros afirmaram que tinham o seu apoio apesar das condicionantes a que a gestão de topo também era sujeita *“Eu acredito que eles fazem o que podem”* (FG1P2; FG2P5) *“Eles se calhar também não têm condições para nos melhorar em determinadas coisas que nós gostaríamos”* (FG1P2; FG1P4). Um participante considerou que a gestão de topo estava sensibilizada para a SD. O participante FG1P4 tinha uma visão positiva do apoio da gestão de topo, atribuindo-lhe atitudes de apoio e recusando a associação com atitudes de culpabilização ou punição: *“Quando penso nas chefias, não penso no meu chefe para me culpar ou para me apontar alguma coisa. Penso no meu chefe para me ajudar se porventura surgir alguma situação, que me possa defender da melhor forma”* (FG1P4). Realçou que *“os enfermeiros são um grupo extremamente responsável e que preocupa-se continuamente por prestar bons cuidados. Assim sendo, são pouco frequentes os acidentes. Desta forma, daremos pouco trabalho às chefias para nos estar a tentar salvaguardar alguma situação”* (FG1P4).
- **Procedimentos administrativos e uniformização de procedimentos:** Em ambos os *focus groups*, foi reconhecida pelos participantes a importância dos procedimentos *“Porque é muito mais fácil trabalhar assim. Porque trabalhar no caos é complicado. Com uma conduta uniformizadora é muito melhor”* (FG2P10), associando-os à SD *“Em relação aos procedimentos, a minha equipa investe muito em procedimentos. Em como uniformizar esses procedimentos, que é bastante importante, e estão relacionados com a SD”* (FG1P1), a um bom atendimento e à diminuição do erro *“Passa por aí, pelos procedimentos, um bom atendimento do doente e não haver*

muitos erros” (FG2P6). Realçaram que não bastava elaborar o procedimento, mas era necessário discuti-los e implementá-los na prática quotidiana “E não é só o procedimento que está no papel, eles são debatidos na reunião, são trabalhados e penso que isso dá resultado” (FG1P1) “Havia equipas que tinham muita dificuldade em escrevê-los e principalmente a pô-los em prática. Essa é a grande dificuldade. Ter no papel e, só um elemento que o fez é que o sabe e tem conhecimento, não tem interesse nenhum para a equipa. É preciso é divulgá-los para pô-los em prática.” (FG1P4). Destacaram também a necessidade da sua revisão “Nós, de 3 em 3 anos, temos que fazer a revisão obrigatoriamente. Mas sempre que encontramos algum problema nalgum procedimento, tentamos encontrar estratégias para o melhorar. Podemos sempre fazer a revisão antes dos 3 anos.” (FG2P6). Os participantes reconheceram a falta de procedimentos em algumas unidades funcionais “Ainda temos um bocadinho a tradição. Fazia-se assim, faz-se assim ou assado. Tanto administrativo como de enfermagem. Aquela tradição... Faltam fazer manuais de procedimentos nas unidades. Já se estão a fazer muitos. Não estou a dizer que não há.” (FG2P4), nomeadamente na área da SD “Agora se tem na quantidade que deveria ter, se calhar nem tanto. Os procedimentos em relação à Segurança do Doente” (FG1P4) ou na área do serviço de atendimento a situações urgentes (SASU) “Também não há uniformidade no atendimento, no SASU. Como há uma rotatividade muito grande de colegas devia de haver também uma uniformização.” (FG2P10). Os participantes reconheceram contudo uma evolução muito positiva a nível das várias unidades do ACeSEG “Em relação às equipas estão a melhorar mesmo muito, desde que iniciámos (equipa local de acompanhamento). [...] O ACeS, nisso, está a melhorar bastante” (FG1P4), reconhecendo um maior desenvolvimento dos procedimentos a nível das USF “As USFs têm muito esses manuais de procedimentos” (FG2P10). Dois participantes alertaram para o facto do desenvolvimento dos procedimentos estar a ocorrer por unidade funcional e não no ACeSEG como um todo, pelo que sugeriram que o ACeSEG assumisse a função de uniformizar procedimentos a nível do ACeSEG: “Estão-se a fazer por casa. E é mau...O ACeS devia uniformizar procedimentos” (FG2P4; FG2P1). Um participante fez referência à falta de uniformização do funcionamento das UCC a nível nacional “Quando olhamos numa perspetiva nacional, e é para aí que devemos olhar, vemos uma diferença muito grande nas UCCs na forma como funcionam” (FG2P5).

Formação e treino dos profissionais: Um dos participantes comparou a formação em SD em CSP com a hospitalar: “Isso é um ponto negativo que eu vejo nos CSP tem

em relação ao hospital!” (FG2P1). Houve profissionais que assumiram déficit de formação para algumas das funções que desempenhavam: *“todos nós começamos, ou a maior parte de nós, a trabalhar com o SINUS ou outro sistema ou plataforma informática, sem formação” (FG2P7).* Contudo, em relação à formação em novos procedimentos ou novas normas de orientação clínica, houve participantes que referiram que era feita autoformação na própria unidade. Existiam, segundo alguns participantes de um dos *focus group*, discrepâncias na formação entre grupos profissionais, que, a título de exemplo, compararam a formação dos enfermeiros e das assistentes operacionais na área da triagem de resíduos hospitalares com a dos médicos, considerando-a menor no último grupo profissional: *“Temos [os enfermeiros] mais formação que os médicos nesta área e continuamos a triar mal.” (FG1P7; FG1P1) “Se calhar está mais bem formada ela [assistentes operacionais/empregadas limpeza em relação à triagem de resíduos] do que um médico” (FG1P1).*

Foram verbalizadas algumas críticas à forma de seleção dos profissionais para formação: *“Mas temos um problema central, a ARS porque em todas as formações que eles disponibilizam não estão acessíveis para toda a gente” (FG2P8) “são sempre os mesmos” (FG2P9) “A maior parte das vezes os ACeS não têm voto na matéria na escolha dos elementos, é centralizado. [...] não é centralizado na vogal, no Conselho Clínico ou na Direção. Não se pode priorizar quem já fez formação” (FG2P7).* Foi referido que quando o ACeS organizou uma formação em suporte básico de vida *“as vagas não foram todas preenchidas. [...] porque era ao sábado!” (FG2P7).*

- **Pressão e ritmo de trabalho:** Existiram participantes que relataram situação de carência de recursos humanos em unidades do ACeS *“Há unidades que, como se sabe, passam por muitas dificuldades, quer por falta de recursos humanos quer outras, e quando há momentos de pressão e ritmo de trabalho extremo, que é o caso de uma pessoa estar sozinha numa unidade em que deveriam estar 3 e tudo fica mais ou menos torto! [...] são momentos que chegam a ser caóticos!” (FG1P3) “vejo que tenho 5 pessoas ou 6 para atender e estou sozinha no serviço.” (FG2P6).* A carência de recursos humanos também foi manifestada pela existência de registos de enfermagem desfasados no tempo (anteriores ou posteriores à efetiva realização do cuidado): *“Faço todo o trabalho burocrático antes... Depois faço o teste e falo com os pais.” (FG2P1) “Porque eu já não registo nessa hora. Eu tiro a*

fotocópia e fica para registrar à posteriori” (FG2P10). Os participantes relacionaram o aumento da pressão e ritmo de trabalho com o aumento da possibilidade de erro “O erro é muito mais fácil.” (FG1P3), com a diminuição da qualidade dos cuidados “Atender todos os utentes o mais rapidamente possível, faz com que aumente a pressão e o ritmo e efetivamente isto pode levar à deterioração da qualidade dos cuidados” (FG2P6), com o burnout dos profissionais “E isto faz com que aumente o risco de não ter tempo, a pressão que o profissional fica, podem vir os burnouts.” (FG2P6) e com o risco violência contra profissionais e doentes “E eu falo por mim, nestas circunstâncias eu própria tenho imenso medo; temo pela minha segurança e por toda a gente porque são momentos que chegam a ser caóticos. Inclui a nossa segurança física muitas vezes está posta em causa” (FG1P3). Relativamente a esta temática, foi abordado pelos participantes, ainda que de forma superficial, o atendimento de esporádicos, a situação de enfermeiros a trabalhar isoladamente nalgumas unidades e o aumento da literacia dos doentes, como situações que aumentam a pressão e ritmo de trabalho. Um participante abordou a questão do atendimento dos esporádicos que, na sua opinião, conduzia a um aumento da pressão e ritmo de trabalho com aumento do risco na SD “Falo pela nossa unidade que somos ali bombardeados pelos esporádicos. Mas parece que temos que dar maior prioridade aos esporádicos porque podem ser situações urgentes.” (FG2P6) “Isto é uma área que pode interferir muito na SD, porque aumenta a carga de trabalho pois nós já temos os nossos agendamentos...” (FG2P6).

Foi abordada por alguns participantes de um dos *focus group* a existência de unidades com apenas um elemento de cada grupo profissional “O trabalhar sozinho, como eu trabalho, tem algumas exigências, que não se pode facilitar e nós quando falamos aqui de segurança, e de cuidados e afins, temos de pensar que qualquer cuidado de enfermagem foi eu que o prestei. Se houver algum enfermeiro, sou eu.” (FG1P4) ou de unidades com mais elementos que estavam, por períodos, como únicos elementos de determinado grupo profissional na unidade “[...] vejo que tenho cinco pessoas ou seis e porque estou sozinha no serviço e tenho essas pessoas para atender.” (FG2P6) que não tinham por isso apoio por elementos do mesmo grupo profissional em períodos de maior pressão e ritmo de trabalho “E eu, antes de trabalhar onde estou, já estive na unidade X onde eu achava realmente fantástico ter muitos colegas e lidar com muitos; tem outro apoio!” (FG1P4). A existência de unidades com apenas um enfermeiro gerou discussão no grupo entre dois participantes, um a defender a existência de unidades com um número

mínimo de profissionais *“As unidades deviam ter um número mínimo que nem devia ser de três, devia de ser seis ou mais”* (FG1P7) *“Estou a falar de número de profissionais. Eu não me estava a ver numa unidade sozinho. Não gostava! Odiava!”* (FG1P7), outro a defender a existência de unidades com apenas um enfermeiro *“Eu gosto muito de trabalhar sozinho. Todos somos diferentes.”* (FG1P4). Um participante apoiou a posição que defendia a existência de unidades com mais que um enfermeiro *“Eu também não era capaz e se calhar não gostava”* (FG1P1). Os participantes referiram que o aumento da literacia dos doentes condicionou um aumento do tempo de atendimento, que conduziu a uma maior pressão e ritmo de trabalho nos atendimentos seguintes: *“Eu acho que cada vez mais temos pessoas informadas a recorrer aos serviços.”* (FG2P10; FG2P6) *“Houve uma altura em que as pessoas tinham subsistemas, não recorriam tanto a nós. E agora, mesmo as pessoas com subsistemas, recorrem. São pessoas extremamente informadas que “exigem” um atendimento diferente [...] porque querem saber mais, também. [...] E nós temos de dar os 15 minutos, mais os 45, quase, às vezes, para as dúvidas. Porque as pessoas têm cada vez mais dúvidas, porque são pessoas muito informadas e querem saber mais”* (FG2P10) *“[...] nós não podemos só administrar a injeção e aqueles 15 minutos dá para registar e tudo... Não!”* (FG2P10). Um dos participantes referiu a existência de desfasamento entre o tempo efetivo do cuidado de enfermagem e o contabilizado pelo registo do cuidado para efeito de dotação de enfermeiros sobretudo na área dos ensinos. Exemplificaram a situação com o primeiro contacto com o recém-nascido: *“[...] os pais chegam com um batalhão de dúvidas, demoro 45 minutos, às vezes até mais. Se eu tenho pouco tempo para atender aquela criança na hora que marquei.”* (FG2P10) *“Mas eu sei que no 1º contacto é uma fase de vida em que nós nem estamos a dar vacina nenhuma, mas demoramos seguramente mais de meia hora a 45 minutos com os pais. E aquilo não é contabilizado como eu estando 45 minutos a atender um utente”* (FG2P10) *“o que nós ensinamos demorou muito em termos de tempo. Não é minimamente contabilizado. [...] O clique não corresponde ao tempo que nós tivemos a disponibilizar”* (FG2P10).

Foi considerado ponto forte da CSD do ACeSEG a dimensão Seguimento do Doente que, segundo os participantes, no ACeSEG, se fazia em microequipas (médico e enfermeiro de família) *“Nos CSP, principalmente nas USF, temos uma vantagem muito grande porque trabalhamos como enfermeiro de família/ médico de família. E o doente tem essa vantagem*

de saber a quem recorrer, com quem é que conta, se precisar, se tiver doente, se tiver uma situação de dependência” (FG2P8; FG2P3). Consideraram este seguimento holístico, global e mais abrangente *“Nós conseguimos fazer um trabalho muito mais amplo, muito mais global, porque até conhecemos o doente, a sua família, a história familiar e o contexto em que ele se encontra e conseguimos, se calhar, segui-lo de forma a ajudá-lo naquilo que ele precisa naquele momento.”* (FG2P8; FG1P4). Incluía a visita domiciliária *“Como enfermeiros de família acabamos por conhecer os nossos doentes, temos visitas domiciliárias, não só a ele mas à família, no meio em que está inserido...Temos um colega nos domicílios, que nos transmite o que passa, comunicamos uns com os outros.”* (FG2P3) e a intervenção comunitária *“Se falta, e eu tenho famílias culturalmente diferentes, falamos com o médico de família, vamos aos acampanhamentos, controlo as vacinas...”* (FG2P3). Realizavam convocatórias de doentes: *“Em equipa, se conhecemos o doente fazemos por convocá-lo, por diversos motivos, pode ser por vacinação ou pode ser porque alguém referenciou”* (FG2P8). Compararam de forma positiva o seguimento do doente nos CSP em relação ao seguimento em meio hospitalar: *“Um ponto forte aqui nos CSP... A nível hospitalar prestávamos os cuidados naquele momento, mas passava para o ambulatório, os CSP e ficava sem feedback daquele utente...”* (FG2P1). Realçaram a importância da Plataforma de Dados em Saúde (PDS) na melhoria do seguimento do doente, nomeadamente nas transições de cuidados: *“O facto de se ter o PDS e de se conseguir por vezes consultar, (às vezes também não se consegue consultar), às vezes já temos feedback antes do doente nos dizer... quando vai ter consulta, quando tem a cirurgia marcada, o que é que aconteceu na urgência, porque eles não sabem muitas vezes explicar, até a família, mesmo indo com o utente, não sabe transmitir o que é que aconteceu. Por isso eu acho que o seguimento do doente, em si, melhorou nesse aspeto.”* (FG2P10).

Em relação ao Trabalho em Equipa não existiu consenso, pois existiram participantes que o consideraram um ponto forte na sua unidade (FG2P1; FG2P5; FG1P4; FG1P1; FG1P2; FG1P7) outros uma área a melhorar (FG1P1), nomeadamente a nível do ACeS: *“Não falo da minha, mas no geral, no ACeS, que há muitas unidades que ainda não trabalham em equipa”* (FG1P1). Fizeram ainda algumas considerações acerca do trabalho em equipa: *“Trabalhar em equipa não é fácil. E não há equipas perfeitas”* (FG1P2) contudo ressaltaram que *“Ao refletirmos sobre isto, é preciso saber de onde viemos, como isto era há 10 ou 15 anos atrás. O trabalho em equipa melhorou muito”* (FG1P7).

A tabela 10 resume as dimensões da CSD do ACeSEG que foram consideradas pelos participantes como pontos fortes ou área de melhoria:

Tabela 10 : Pontos fortes e áreas de melhoria da CSD do ACeSEG

Pontos fortes e áreas de melhoria da CSD do ACeSEG	
Áreas de melhoria	Abertura na Comunicação Comunicação acerca do Erro Aprendizagem Organizacional Formação e Treino dos profissionais Procedimentos Administrativos e Uniformização de Procedimentos Apoio pela Gestão de Topo Pressão e Ritmo de Trabalho Percepções gerais sobre a Qualidade e SD
Ponto Forte/Área de melhoria	Trabalho em Equipa
Ponto Forte	Seguimento do Doente

3.3 Obstáculos à adesão à resposta ao questionário de avaliação da cultura de segurança

Por uma questão de facilidade de apresentação e discussão, os resultados foram agrupados da seguinte forma: relacionados com a organização, com os profissionais, com o questionário, com o contexto, que serão apresentados em seguida, fundamentados pelas expressões dos participantes.

3.3.1 Obstáculos relacionados com a organização

Segundo a percepção dos enfermeiros do ACeSEG que participaram neste estudo existiam vários obstáculos à adesão ao questionário relacionados com a organização:

- Política de gestão da informação inadequada:** Os enfermeiros entrevistados consideraram que a política de gestão de informação existente em que *“a passagem de informação em todos os sentidos, faz com que todos partilhem tudo, todas as informações”* (FG1P6), sem triagem ou sem direcionar para os destinatários *“Não pode haver triagem”* (FG1P1; FG1P7; FG1P4), conduziu a reencaminhamentos sucessivos da mesma informação que exponenciou o número de e-mails recebidos *“Não faz sentido receber cinco vezes o mesmo e-mail. Recebo porque foi enviado para mim diretamente, recebo porque foi encaminhado pelos administrativos e pelo coordenador”* (FG1P5). Reconheceram ainda a existência de excesso de mensagens de alta importância *“O problema é quando todas são de alta importância...”* (FG2P5).

- **Excesso de e-mails:** O excesso de e-mails foi identificado, em ambas as sessões de *focus group*, como um dos obstáculos, quer pelo seu volume “*é um volume muito grande de e-mails*” (FG1P6; FG1P7; FG1P4; FG1P2; FG2P4; FG2P10), quer pela quantidade de e-mails a necessitar de resposta “*Às vezes é tanta coisa a cair no nosso e-mail que temos que dar resposta*” (FG2P8; FG2P10), quer pela sua repetição “*Recebo o mesmo e-mail cinco vezes*” (FG1P6; FG1P5; FG2P8), o que condicionou a sua leitura.
- **Falta de leitura de e-mails:** Os participantes reconheceram como obstáculo a falta de leitura de e-mails “*Na minha caixa de e-mail do serviço estão centenas de e-mails por ler*” (FG1P6, FG1P5): por os profissionais não abrirem o e-mail “*Há pessoas que não abrem o e-mail do serviço*” (FG2P10; FG1P4); por desinteresse dos profissionais “[...] *desinteresse de quem tem de abrir os e-mails*” (FG1P4); por excesso de trabalho burocrático informático “*às vezes as pessoas têm tanto tempo para disponibilizar com o computador que acabam por não querer disponibilizar para este tipo de situações.*” (FG2P10); pela existência de informação inadequada “*Às vezes há informação lá que nós nem lemos... nem queremos... o problema é esse!...*” (FG2P1) ou “*não diz respeito a coisa nenhuma...*” (FG1P6); por reencaminhamentos sucessivos “*cada vez mais recebo e-mails de a pedido de não sei quem ... Nós temos que ir buscar lá ao fundo... ou seja, está apagada a meio.*” (FG2P5); por eliminação do profissional “*eliminar, eliminar, eliminar [...] Não viu o link porque simplesmente ficou de lado*” (FG2P10) devido a conteúdo não interessante ou que não lhe diz respeito “*Eu posso é achar que não é interessante... Isso acho...*” (FG1P7) ou “*Se vejo que aquele e-mail não me diz respeito ...*” (FG1P7; FG1P5); e, por presença de publicidade “*Recebemos muita publicidade*” (FG2P8).
- **Existência de informação importante que não era rececionada pelos profissionais:** Reconheceram a existência de informação importante que não era rececionada pelos profissionais “*é um problema de informação importante que não chega e não é lida, nomeadamente informação do ACeS para os profissionais*” (FG1P5).
- **Falha na distribuição da informação via Coordenador da Unidade:** Alguns dos enfermeiros que participaram no estudo demonstraram dificuldade em receber informação que circula via Coordenador da Unidade, porque: o Coordenador não abriu o e-mail “*Tenho alguma dificuldade em receber alguns e-mails que vão endereçados ao coordenador, que não abre e que não chega a mim...*” (FG1P4), não reencaminhou a informação “*Continua a haver muitos coordenadores que não*

transmitem os mails” (FG1P1; FG1P5) ou esteve ausente sem substituição para esta função “O meu coordenador está há 1 ano de atestado” (FG1P4) “ O Coordenador tem que delegar alguém para transmitir a informação (em caso de ausência)” (FG1P1).

- **Excesso de questionários:** Os enfermeiros do ACeSEG que participaram no estudo reconheceram que a excessiva solicitação de resposta a questionários, sobretudo nas USFs, podia constituir um obstáculo à adesão ao questionário de ACSD *“Há questionários, que são muitos, é uma invasão de questionários às vezes, e as USF sofrem um pouco disso” (FG1P1).*
- **Ausência de *feedback* dos resultados:** Os participantes identificaram a ausência informação à cerca dos resultados a este tipo de questionários como um obstáculo à adesão à sua resposta pois *“Para quê responder? Se não há retorno... Ninguém nos diz nada...” (FG2P5).*
- **Ausência de mudanças práticas efetivas decorrentes da análise dos resultados:** Os enfermeiros participantes afirmaram que nem todos os profissionais associavam a resposta a um questionário a uma mudança *“Não vai mudar nada, as coisas vão continuar iguais e isso é que desanima” (FG2P9; FG2P1; FG1P4; FG1P2)*
- **Cultura de segurança pouco desenvolvida:** A existência de uma cultura de segurança pouco desenvolvida no ACeSEG pode condicionar negativamente a adesão à resposta a este questionário: *“Na SD a primeira coisa a haver é cultura de segurança, não há uma SD sem haver cultura de segurança” (FG2P2), “O facto de não haver resposta a estes questionários pode-nos deixar um pouco apreensivos que não haja grande interesse em perceber isto. Às vezes da forma benevolente com que encaramos as coisas e não percebemos exatamente o interesse. É que nos faz não responder tanto ou não participar tanto em algumas atividades.” (FG1P4) “É essencial a pessoa perceba qual é o seu papel nisto. Tem que ser a noção da “big picture”, a imagem é esta e eu estou ali! Eu faço parte disto!” Nós ainda não chegamos aí. “ (FG1P5) “É cultural e nós para já não temos a noção exata da dimensão que isto pode tomar a todos os níveis.” (FG2P7) “Tem que haver uma cultura de confiança.” (FG2P4) “Se há unidades que não têm essa cultura, há que essa unidade trabalhar essa cultura” (FG1P1).*
- **Medo de penalização:** Os enfermeiros que participaram no estudo são da opinião que os profissionais podiam não aderir à resposta a este questionário por medo de penalização. Tal opinião pode ser inferida através da análise de intervenções como

“os portugueses tem muito medo de escrever o que sentem e mandar para os superiores hierárquicos. Com algum medo, mesmo sendo anónimo, de alguma penalização e se retraírem.” (FG2P3) “quando recebem uma mensagem para se reportar casos em que houve insegurança do doente e ficaram com algum receio, e quando veem um inquérito eu imagino o que vão pensar...” (FG2P3). Este obstáculo enquadra-se também na cultura de segurança, na dimensão abertura na comunicação. Por ter sido referido de forma explícita pelos participantes como obstáculo, a investigadora decidiu colocá-lo como obstáculo específico.

- **Inexistência de Interlocutores na área da SD:** Os participantes identificaram a inexistência em algumas unidades de interlocutores *“se a minha colega não me dissesse, facilmente me passaria” (FG1P2)* que alertem para a receção do questionário *“Responsável por alertar. Chegou um mail, toda a gente recebeu? Era importante preencher” (FG1P2),* que motivem os outros profissionais a responder ao mesmo ressaltando a sua importância *“Não é tanto divulgar, é mais dizer “chegou isto e era importante para todos os profissionais...” e expliquem os motivos pelos quais era importante responder “É dizer porque é importante responder” (FG1P2).*
- **Escassez de recursos humanos:** Os enfermeiros participantes apontaram a escassez de recursos humanos (FG2P1; FG2P10; FG2P4) incluindo informáticos (FG2P10) e/ou técnicos (FG2P4), nomeadamente para substituição de profissionais ausentes por faltas, férias ou doença (FG2P1) sobretudo em alturas de pico de afluência de doentes como obstáculo à adesão à resposta ao questionário: *“agora vem a vacina da gripe e vai aumentar a afluência de doentes...” (FG2P3).* A falta de recursos humanos manifestou-se na falta de tempo dos profissionais para o preenchimento do questionário *“Não há tempo!” (FG1P6; FG2P1; FG2P3; FG2P4; FG2P8)* ou para a seleção dos e-mails *“Não temos tempo de fazer a seleção (dos e-mails)... O problema é esse...” (FG2P4).* Os participantes referem como obstáculo à adesão à resposta ao questionário o excesso de trabalho, nomeadamente burocrático: *“eu atendi em 4 horas, 20 pessoas” (FG2P10) “No meio das coisas que temos de fazer... (FG1P2) “Nós nas USFs estamos tão ocupados...” (FG1P1) “...às vezes as pessoas têm tanto tempo para disponibilizar com o computador que acabam por não querer disponibilizar para este tipo de situações” (FG2P4).*
- **Incapacidade informática:** Os participantes também identificaram a incapacidade informática, expressão definida por um dos participantes, como obstáculo. Enumeraram problemas relacionados com o *link* de acesso ao questionário que

“não se consegue abrir nos serviços” (FG2P7; FG2P10) assumindo os profissionais que não é para responder “a culpa é do sistema que não abre; então pronto, é porque eu não tenho de responder” (FG2P10), com as versões “Depende das versões...” (FG2P1), com a impossibilidade de abrir o Outlook em determinados computadores “nem todos os computadores abrem o Outlook. Se não abrem, temos de ver naquele...” (FG2P1; FG2P9), com a existência de “materiais obsoletos e já não suportam as atualizações” (FG2P7; FG2P2). Consideraram ainda a possibilidade do acesso ao link estar bloqueado pela instituição à semelhança de outros sites “Depende das versões... que estão barradas” (FG2P1; FG2P9).

- **Comportamentos de grupo:** Os participantes identificaram determinados comportamentos de grupo como obstáculos à adesão ao questionário, seja a desagregação de algumas equipas *“Há unidades em que não há espírito de equipa” (FG2P10; FG2P2; FG2P4), ou seja, pelo contrário, fenómenos de coesão extrema “E até há unidades que têm uma união tão grande que é: não responde um, não respondem os outros. Isso é que é coesão!” (FG2P10). Identificaram ainda uma terceira situação que refletiu a retenção da informação por determinado grupo profissional “Passa pelo administrativo, isto nem passa daqui para a frente, fica já aqui” (FG2P10).*

3.3.2 Obstáculos relacionados com os profissionais

Os participantes referiram a existência de vários obstáculos relacionados com os profissionais:

- **Falta de envolvimento:** Os participantes compararam o envolvimento em questões de SD por grupo profissional. Consideraram que existe falta de envolvimento nestas questões por parte dos médicos e dos assistentes técnicos e reconheceram, pelo contrário, que os enfermeiros e os assistentes operacionais estavam comparativamente mais sensibilizados para esta temática. *“Tem a ver com a forma como nós vemos em relação a este assunto, quer seja enfermeiro, médico ou assistente técnico ou operacional” (FG1P5) “Em termos de Enfermagem há uma boa adesão nestas situações; da parte médica há alguma dificuldade em responder, acho que não estão formatados para estas situações” (FG1P1) “Esses assuntos passam-lhes ao lado, eles não querem saber...” (FG1P1). Os participantes consideraram que os médicos estão historicamente centrados em outro foco de*

atenção: *“Estão [médicos] centrados de outra maneira: menos na unidade e mais para a área do utente”* (FG1P7) *“Eles [médicos] acham que têm outras coisas para fazer”* (FG1P5).

- **Falta de motivação:** Os participantes no estudo identificaram a falta de motivação ou interesse como um dos principais obstáculos à adesão à resposta ao questionário de ACSD *“Como obstáculo também poderia pôr a falta de motivação: as pessoas são desinteressadas de quase tudo”* (FG1P3; FG1P2; FG1P4; FG2P10; FG2P7). Existiu mesmo um participante que elegeu a motivação como o principal obstáculo: *“... a motivação será o grande ponto; tudo o resto...”* (FG1P4).

Relacionaram a motivação com a prioridade atribuída pelo profissional ao questionário *“Se as pessoas estiverem motivadas para este assunto, a prioridade que eu dou é diferente”* (FG1P3), com o feedback dos resultados *“A motivação tem a ver com o feedback.”* (FG1P7), com o excesso de trabalho *“estávamos a trabalhar mais horas (40 horas) desmotivados, sem vontade de colaborar ...É pedir mais uma coisa.”* (FG2P8), com a dificuldade na resolução de problemas *“Temos um problema, ninguém diz nada, não há interesse, e isso desmotiva”* (FG2P9). Consideraram que a Enfermagem como o grupo profissional mais motivado em responder ao questionário: *“A Enfermagem está mais que motivada; falta é motivar os outros grupos profissionais”* (FG1P1).

- **Défice de formação e treino dos profissionais:** Os participantes consideraram que os profissionais apresentam défice de formação contínua na área da SD *“Acho que falta muita formação a nível de ACeS para sensibilizar certas temáticas.”* (FG2P9; FG2P7; FG2P10), afirmando que apenas cerca de 5% dos profissionais possuíam formação em SD (FG2P9). Foi reconhecida a necessidade de formação sobre a relevância/importância desta temática *“Não têm a formação necessária sobre a importância e relevância desta temática”* (FG2P2) e sobre qual o objetivo deste questionário *“perceber para que serve”* (FG1P2; FG2P7).
- **Existência de profissionais que não se identificam como destinatários do questionário:** Os participantes ressaltaram que muitos grupos profissionais, nomeadamente os médicos, não reconheciam a SD como sua competência: *“Acho que a parte médica não dá muita importância a isto, acham que é responsabilidade do enfermeiro ou de outras pessoas”* (FG1P5) *“Eles [médicos] continuam a achar que isso não é problema deles. É problema de Enfermagem.”* (FG1P1) *“Isso é um aspeto histórico”* (FG1P7).

Segundo a perspectiva dos participantes, os assistentes técnicos também não se reconheciam como destinatários do questionário *“Na minha unidade a assistente técnica começou a preencher e depois disse “Isto não é pra mim”. Não tem nada a haver comigo!”*(FG1P5; FG2P10) *“Ele se calhar nem associa... Acesso aos cuidados – os doentes não podem marcar uma consulta. É comigo esta parte. E a seguir? Não tem nada a ver comigo. Então não preciso de responder”* (FG2P10; FG2P7). Admitiram também que outros profissionais que não prestavam cuidados diretos podiam também não se reconhecer como destinatários do questionário: *“As pessoas podem não responder, por não serem prestadores diretos de cuidados, por não se reconhecerem como destinatários dos questionários”* (FG2P2).

- **Profissionais não consideram este questionário uma prioridade:** Os enfermeiros que participaram no estudo consideraram que, no dia-a-dia, os profissionais não pensavam muito na temática da SD *“Porque, se calhar, não pensamos nisso todos os dias, dizemos que sim mas se calhar no dia-a-dia, na rotina que está tão instalada”* (FG2P8;FG1P2), não davam muita importância ao assunto *“Muitas vezes nós não entendemos a importância do assunto...”* (FG2P1), pelo que não priorizaram a resposta a este questionário face à realização de outras atividades *“Damos importância relativa às coisas.”* (FG2P9; FG2P10; FG2P1) *“[...]temos outras prioridades”* (FG1P1; FG2P10).
- **Esquecimento:** Em ambas as sessões de *focus group* existiram participantes que reconheceram o esquecimento como obstáculo à resposta ao questionário: *“às vezes fica esquecido”* (FG2P8; FG2P1; FG1P2).
- **Profissionais desvalorizam a importância de medir:** Os participantes consideraram ainda que os profissionais *“não valorizam a importância que tem o medir, o saber como estamos para saber onde queremos chegar”* (FG1P2).
- **“Cultura do deixa andar”:** Em ambas as sessões do *focus group* os participantes identificaram a “cultura do deixa andar” como um obstáculo: *“Deixa para lá. Não faz mal. Deixa lá. Vai haver quem responda...”* (FG2P7;FG2P4;FG1P2).
- **Receio de dar uma resposta inadequada:** Um dos participantes referiu ainda que os profissionais tinham *“receio de não dar uma resposta plausível a quem nos pede colaboração”* (FG2P3).
- **Iliteracia Informática:** Outro dos obstáculos que os participantes referiram prendeu-se com a iliteracia informática de alguns profissionais *“[...] há outros que não sabem registar sequer o que se passa com o utente, quanto mais ir ao link para*

responder a um questionário” (FG2P10), realçando que “Não é fácil admitir que não sei utilizar as ferramentas (informáticas) perante a nossa equipa” (FG2P7).

3.3.3 Obstáculos relacionados com o questionário

Foram também identificados alguns obstáculos à adesão ao questionário de ACSD relacionados com o questionário utilizado e sua aplicação:

- **Não ajustado à realidade dos CSP:** Um dos participantes referiu que *“Um dos obstáculos passa [...] pelo questionário em si.” (FG1P5)* pois este *“[...] não estava ajustado à realidade dos cuidados de saúde primários. Tivemos de o adaptar a nós e não era suposto. Isto é mais para cuidados hospitalais” (FG1P5).*

Foi criticado o facto de *“Muitas perguntas não estão adaptadas ao contexto das UCCs” (FG2P4; FG2P5)* ou *“não se aplica determinadas questões...” (FG2P5).* A mesma crítica foi também enunciada em relação à USP e UAG *“Quem fala da UCC fala também da saúde pública ou da UAG” (FG2P8).*

Um dos participantes referiu a linguagem utilizada no questionário como obstáculo *“Um dos obstáculos passa pela linguagem [...]” (FG1P5)* sendo que outro participante não apontou esse mesmo obstáculo *“Tinha de ler de novo mas não me lembro de ter tido dificuldades em responder” (FG1P7).* Os participantes ficaram de identificar problemas de linguagem no questionário e enviar propostas de alteração à investigadora.

- **Prazos de resposta:** Os participantes identificaram problemas relacionados com prazos de resposta demasiado curtos *“acho que os prazos para respondermos são tão curtos” (FG1P1; FG2P10)* agravado pelo facto de demorar na rede de distribuição interna *“[...] antes tem de passar pelo coordenador, pela administrativa...” (FG1P5)* pelo que podia chegar aos profissionais com pouco tempo de resposta *“[...] quando nos chegam temos tão pouco tempo para responder...” (FG1P1)* ou fora de prazo *“[...] a resposta devia ser dada até 18 e chega a 19” (FG2P10).* Contudo um participante discordou pois referiu que para si o prazo apertado era uma vantagem pois *“Se me derem um prazo de resposta curto eu vou responder, se me derem um prazo de resposta longo vai ficar lá por responder” (FG1P7).*

Os participantes referiram que períodos de resposta coincidentes com períodos de férias podem dificultar a adesão: “[...] *há férias e impossibilidades momentâneas*” (FG1P5; FG1P7).

- **Dimensão do questionário:** Quanto ao facto do tamanho do questionário ser um obstáculo à adesão as opiniões foram diversas nos dois *focus group*, pois enquanto num dos *focus group* esse obstáculo foi enunciado por um participante “*Isto ainda é um questionário muito grande!*” (FG2P2), num dos *focus group* um dos participantes negou esse obstáculo “*Era muito extenso? Não. Acho que respondi rápido*” (FG1P7). Os outros participantes no estudo não se manifestaram.

3.3.4 Obstáculos relacionados com o contexto

Os participantes identificaram alguns obstáculos associados às características dos CSP:

- **Existência de unidades dispersas**, que condicionam alguns processos da organização “*Como nós não temos os serviços todos no mesmo local, como no hospital, a circulação da informação faz-se de outra forma*” (FG1P5);
- **Existência de unidades com número muito reduzido de elementos** “*Eu sou sozinho [enfermeiro]*” (FG1P4) ou “*Somos no 3! [coordenador médico, enfermeiro, assistente técnico]*” (FG1P5);
- **Assimetria no desenvolvimento organizacional das unidades** demonstrada em expressões como “*Na Equipa Local de Acompanhamento, quando vai às unidades, para uns adapta-se, para outros não...*” (FG1P1) “*A tua USF é uma USF modelo B que está a velocidade de cruzeiro. A vossa maturidade organizacional chegou a um ponto que vos permite fazer determinadas coisas, que nós...*” (FG1P5) “*É um caminho que se propuseram andar e já estão nesse nível*” (FG1P5) ou “*Alguns aspetos aqui discutidos são de aspeto organizacional de cada unidade*” (FG1P4).

A tabela 11 resume os obstáculos à adesão à resposta ao questionário de ACSD identificados no estudo:

Tabela 11 : Obstáculos à adesão à resposta ao questionário de ACSD

Relacionados com a organização	Política Gestão da Informação Inadequada (excesso de e-mails, não leitura, informação importante que não rececionada, falha na distribuição da informação via Coordenador)	Medo de penalização
	Excesso de questionários	Inexistência de Interlocutores na área da Segurança do Doente Falta de tempo
	Ausência de <i>feedback</i> dos resultados	Excesso de trabalho
	Ausência de mudanças práticas efetivas decorrentes da análise dos resultados	Falta de recursos humanos
	Cultura de segurança pouco desenvolvida: medo de penalização, falta de abertura na comunicação, défice de comunicação acerca do erro, notificação incipiente aprendizagem por unidade e não por toda a organização.	Incapacidade informática (relacionadas com o link, versões, impossibilidade de abrir o Outlook em determinados computadores, existência de material obsoleto e que já não suporta atualizações bloqueio pela instituição)
		Comportamentos de grupo (desagregação/coesão extrema
Relacionados com os profissionais	Falta de envolvimento	Esquecimento
	Défice de formação	Desvalorizam a importância de medir
	Falta de motivação	“Cultura do deixa andar”
	Não se identificam como destinatários do questionário	Receio de dar uma resposta inadequada
	Não consideram este questionário uma prioridade	Iliteracia Informática
Relacionados com o questionário	Não ajustado à realidade dos CSP (Não adaptado a algumas unidades funcionais; Linguagem não adaptada aos CSP)	
	Prazos de resposta (curtos/longos, coincidentes com períodos de férias)	
	Tamanho do questionário	
Relacionados com o contexto CSP	Unidades dispersas	
	Unidades com número muito reduzido de elementos	
	Assimetria no desenvolvimento organizacional das unidades	

3.4 Estratégias a utilizar para ultrapassar os obstáculos identificados

Os participantes, no decurso das duas sessões de *focus group*, enumeraram várias estratégias a adotar face aos obstáculos à adesão à resposta ao questionário de avaliação da cultura de segurança inicialmente identificados. Para facilitar a apresentação de

resultados foram agrupados vários obstáculos, para os quais foi apresentada pelos participantes uma mesma estratégia.

- **Revisão da Política de Gestão da Informação:** Para o obstáculo Gestão da Informação Inadequada, os participantes recomendaram como estratégia de melhoria a revisão da Política de Gestão da Informação *“A questão tem de ser estudada como gestão de informação e do conhecimento na unidade”* (FG1P5).

Recomendaram a diferenciação do e-mail do questionário *“É preciso diferenciar aquele e-mail”* (FG1P7) através do uso de cor diferente *“pôr a vermelho”* (FG1P7), maiúsculas ou sublinhados (FG1P7), uso de alerta de importância de mensagem *“colocar uma importância maior”* (FG1P7; FG1P5; FG2P2; FG2P7) ou outro sistema de alerta *“uma chamada de atenção, [...] um alerta qualquer...”* (FG1P7).

Aconselharam atenção na elaboração do e-mail de divulgação, que deve conter pouca informação (FG2P4), ser sucinto e explícito (FG2P4) e apresentar a informação essencial logo no início *“Acho que o mais importante é o início dos e-mails. Há um estudo que diz que só lemos as primeiras palavras 18 palavras de cada e-mail”* (FG2P5) e com link de acesso ao questionário em cor diferente *“Link do questionário deve estar logo a seguir ao boa tarde ou cumprimento habitual. E depois o link a vermelho ou a amarelo, uma cor que diga “Isto aqui é importante!”* (FG2P7). Ressalvaram que deve *“ser uma mensagem chamativa”* (FG2P2) e sugeriram que no reencaminhamento seja recolocado em destaque inicial o essencial do e-mail de divulgação *“Pode vir lá tudo... Quem encaminha pode pegar no que está em encaminhar e colocar em cima o que é importante para chamar a atenção”* (FG2P5).

Realçaram a importância da verificação da receção do e-mail *“Avisos de receção”* (FG1P7; FG1P5; FG1P6; FG1P4).

Os participantes referiram a necessidade da organização reforçar a responsabilidade do Coordenador na divulgação/partilha da informação, a demonstrar pela delegação formal da responsabilidade de partilha de informação em caso de ausência: *“Coordenador tem que delegar alguém para transmitir a informação em caso de ausência”* (FG1P1).

Alguns dos profissionais assumiram que já utilizavam estratégias de triagem dos seus e-mails *“Faço eu a triagem dos meus mails e ficam os mais importantes, os que me dizem respeito.”* (FG1P5) e priorização de informação *“[...] posso sinalizar no meu próprio e-mail qual a importância que tenho de dar àquele e-mail. Se é um e-mail*

importante que tenho que responder hoje assinalo-o.” (FG2P7). Alguns profissionais afirmaram: “Prefiro receber e-mails por excesso do que por defeito”(FG1P5; FG1P1). Um dos participantes chegou mesmo a sugerir condicionar o acesso a determinados documentos à resposta ao questionário: “Como exemplo, na Faculdade Fernando Pessoa há um inquérito para todos os alunos responder e eles encontraram uma forma de garantir isso, só aparecem as notas quando respondem ao questionário. Deviam encontrar uma forma de fazer o mesmo. Talvez alguma coisa que os profissionais tivessem mesmo de consultar e só conseguissem aceder se preenchessem o questionário” (FG2P5).

- **Designação de um Interlocutor de SD, responsável pela dinamização da avaliação da CSD a nível da unidade e do ACeS, com telefone ou BIP para contato direto:** Em algumas unidades, foram identificados como obstáculos a ausência de profissional responsável por alertar para a resposta ao questionário, a iliteracia Informática de alguns profissionais e prevalência da “Cultura do deixa andar”. Como estratégia para ultrapassar esses obstáculos, os enfermeiros participantes sugeriram a designação de um interlocutor responsável pela dinamização da avaliação da CSD a nível da unidade e do ACeS. Essa função poderia ser desempenhada pelo Coordenador “o coordenador reforça, volta a reforçar e alerta várias vezes” (FG1P1) ou outro elemento da equipa “Poderá ajudar se na nossa unidade houver um coordenador (ou outra pessoa) que goste dessa área” (FG1P2; FG2P7). Este interlocutor teria como função: motivar os profissionais “ sejam na sua unidade aquele elemento de força reflexa, defensor do interesse e da motivação dentro de cada unidade” (FG1P5; FG2P6; FG2P10), fazer a ligação com o ACeS “Ser a ligação” (FG2P5), ajudar a nível informático “Pôr equipas que fossem “mistas” em que houvesse alguém que tivesse essa capacidade” (FG2P10), lembrar os colegas “Não só ajudar mas ficar responsável por lembrar que há um inquérito para preencher”(FG1P2; FG2P6), monitorizar a adesão local “ver se os colegas enviam ou não” (FG1P2). “No fundo é dar um papel mais importante ao interlocutor do risco...” (FG2P3). Este interlocutor devia, no entender dos participantes, ser “Simpático mas persuasivo” (FG2P5), “Persistente” (FG2P2) e “ ter empatia com as pessoas” (FG2P9).

Ao considerar que “A informação veiculada pelos motoristas é mais rápida que os e-mails que saem do ACeS” (FG2P7), um dos participantes sugeriu o recurso complementar dos motoristas como veículo de informação: “Pedir aos motoristas

para dizer nas unidades que todos os profissionais devem preencher o questionário” (FG2P7).

Um dos participantes sugeriu a criação de um número de telefone ou BIP para apoio telefónico nesta área *“número de telefone ou BIP que desse para ligar diretamente e falar do problema” (FG2P9) “apoio telefónico de alguém... Sim, exatamente, um número BIP “ (FG2P9) “para dificuldades nesta área, contactavam esta pessoa diretamente” (FG2P9).*

- **Gestão de Tempo, Melhoria da Organização do Trabalho e Reforço dos Recursos Humanos:** Perante os obstáculos como falta de tempo, excesso de trabalho, falta de recursos humanos e falha na gestão de prioridades, os participantes sugeriram gestão de tempo (FG2P10) (com melhoria na definição de prioridades (FG1P1; FG1P2) e organização pessoal (FG2P8) sendo necessária formação nesta área (FG2P7; FG2P2)), a melhoria da organização do trabalho (FG1P4; FG2P8; FG2P10) (com formação em ferramentas como dotações seguras (FG2P8)) e o reforço dos recursos humanos (FG2P3; FG2P2; FG2P10) como estratégias para ultrapassar esses obstáculos.

Na intervenção relativa a esta temática, alguns participantes partilharam algumas estratégias que utilizaram no seu quotidiano para gestão da pressão e ritmo de trabalho, como a de fazer uma actividade de cada vez para garantir a segurança do cuidado *“Cada cuidado exige o seu tempo, a sua atenção, a sua disponibilidade. Os outros têm que esperar. Eu percebo que se não fizer aqueles passos todos que já falamos...” (FG1P4) “Para segurança de todos, tenho que pensar numa coisa de cada vez” (FG1P4), e a organização do seu trabalho “Tem que haver organização. A organização é uma forma de lidar com a pressão e o ritmo de trabalho e de garantir a SD” (FG1P7).* Aconselharam a existência de unidades que garantissem, pela sua dimensão, mais do que um elemento de cada grupo profissional ao serviço *“As unidades deviam ter um nº mínimo que nem devia ser de 3, devia de ser 6 ou mais” (FG1P7).*

- **Apresentação dos resultados da ACSD:** Para o obstáculo ausência *feedback* dos resultados, os participantes recomendaram fortemente a apresentação dos resultados (FG1P7; FG1P4; FG1P2; FG2P7; FG2P9,) não só como prestação de contas *“O ACeS já conseguiu tantas pessoas”(FG1P2; FG2P9)* ou forma de motivação *“A motivação tem a ver com o feedback” (FG1P7, FG1P2),* mas também como contributo para que estas avaliações sejam aceites com normalidade

“Divulgar os dados que já há, o que outros fizeram sobre isto... Assim as pessoas aceitam com mais normalidade, se for divulgado amplamente” (FG2P3).

A apresentação dos resultados deveria ser realizada pelo interlocutor do ACeS da ACSD em reunião de formação *“Poderia ser pertinente uma formação (FG1P4;FG2P9) ou em reunião dos Conselhos Técnicos, com posterior partilha a nível da unidade (FG1P1; FG2P10). Sugeriram uma “apresentação em que se pudesse reunir as pessoas e tentar sensibilizá-los diretamente. Poderia ser um texto com alguns pontos a melhorar” (FG1P4), “Apresentarem um relatório com qual foi a pertinência, o que foi avaliado no estudo e dizer quantas pessoas tinham é que participado, para as pessoas tomarem consciência que aquilo é importante, está a ser feito uma investigação sobre este caso...” (FG2P9). “Informar que o relatório está disponível na página da DGS” (FG2P9). “Os dados também são descritos por ACeS; dessa forma, o ACeS poderia ver algum ponto que fosse significativo e merecesse e necessitasse de trabalho específico” (FG1P4).*

Os participantes realçaram que os resultados devem ser comunicados mesmo que sejam provisórios *“Nem que não haja dados finais, dar uma espécie de pré-relatório.” (FG2P5) ou muito baixos “Mesmo esse valor... Devia haver um e-mail do ACeS a dizer que não houve a avaliação porque os resultados foram baixos” (FG2P5; FG2P7).*

Aconselharam que deverá ser evitada a comunicação de resultados em período de férias dos profissionais: *“Se fosse nessa altura de férias, talvez fosse melhor adiar” (FG2P10) e que interlocutores deverão reforçar necessidade de melhorar a taxa de adesão “Primeiro terá que haver uma adesão maior para depois permitir que façam um estudo dos dados para apresentar hipóteses para se poder melhorar” (FG1P4).*

- **Divulgação de mudanças organizacionais decorrentes dos resultados do questionário a nível do ACeS ou unidades:** Perante o obstáculo ausência de mudança decorrente dos resultados percebida pelos profissionais, os participantes recomendaram a divulgação de mudanças organizacionais decorrentes dos resultados do questionário *“Depois de saber as respostas é importante saber o que mudou na realidade, no dia-a-dia [...]” (FG1P7) “Se pensarmos que, com a nossa colaboração, com a nossa opinião, pode, por ventura, melhorar alguma coisa, ficamos mais motivados” (FG1P4).*
- **Promoção da CSD:** Dado que identificaram como obstáculo a CSD pouco desenvolvida (medo de penalização, medo de dar uma resposta inadequada, falta de espírito de equipa) os participantes propuseram como estratégia a promoção da

CSD (FG1P7; FG1P1) que deverá incidir nas suas várias dimensões: reforço do trabalho em equipa *“Se não souber pergunta e outros ajudam, seja administrativo, médico ou enfermeiro”* (FG2P3); promoção da abertura da comunicação *“Desmistificar: Não vai penalizar ninguém. Não vais estar a acusar ninguém. Só vai estar a ajudar o sistema a melhorar. É melhoria contínua. Não há penalização.”* (FG2P3); promoção da comunicação do erro através da notificação de incidentes *“As notificações são muito importantes”* (FG2P2;FG2P3) *“A notificação não deve ser penalizada. É despenalizar o erro”* (FG2P7), de forma a promover a aprendizagem organizacional *“Isto é para uniformizar procedimentos, para a melhoria contínua e não é para penalizar ninguém”* (FG2P3; FG1P7) e desenvolvimento de procedimentos a nível das várias unidades com uniformização dos procedimentos pelo ACeS *“O ACeS devia uniformizar procedimentos”* (FG2P4; FG2P10). Os participantes reforçaram também a necessidade de apoio, nomeadamente pela gestão de topo e recomendaram que se evitasse misturar, na visita às unidades, para sensibilização à resposta aos questionários, com outros assuntos negativos ou delicados *“Acima de tudo apoio. Apoio das chefias também”* (FG2P9) *“Às vezes as pessoas vão às unidades mas não só pelo assunto em si mas por outras coisas, para outros contextos. Afeta tudo!”* (FG2P1).

Os participantes garantiram que a promoção da cultura de segurança irá melhorar a adesão *“Quando as pessoas percebem que isto é positivo, não há punições, não há nada e não têm receio de reportar, as pessoas preenchem isto normalmente “*

- **Formação e Treino dos profissionais:** Para ultrapassar o obstáculo défice de formação e treino dos profissionais, os participantes sugeriram um reforço da formação *“É preciso muita formação e informação! ”* (FG2P9; FG2P4; FG1P1), que pode funcionar também como forma de motivação *“A motivação é muito importante[...] ”* (FG1P2; FG2P10) e ajudar os profissionais a perceberem a importância do assunto *“Também, se calhar, seria importante desmistificar o tema ou apresentar mais o tema para as pessoas perceberem a importância do assunto”* (FG2P8) e do questionário e a compreenderem para que serve o questionário *“Temos de perceber para que serve!”* (FG2P4; FG2P2).

Os participantes sugeriram um reforço da formação e treino dos profissionais através de ações internas *“Pode ser interna. Cada unidade, como faz o Conselho Técnico todos os meses”* (FG2P9), multiprofissionais *“Passa pela formação de todos, desde o auxiliar ao segurança. A todos!”* (FG2P3; FG1P1), obrigatórias *“Isto também passa muito por ser formações obrigatórias, ou seja, de x em x anos, os*

profissionais deviam passar por estas formações” (FG2P9; FG1P6) “Entrava na normalidade e aceitávamos a normalidade. Quando estive na ULS, havia formações e era obrigatório. Íamos todos. A partir do momento que aquilo era normal, já não resmungávamos e até gostávamos de ir. É a normalidade das coisas...”. (FG2P3), periódicas “A formação é essencial, de 2 em 2 ou 3 em 3 anos[...]” (FG2P9), descentralizadas “Descentralizar a formação” (FG1P7; FG1P1; FG1P2) “Porque é mais pessoal” (FG1P7), com união de várias unidades “Unir várias unidades...” (FG2P9), em datas diversas “Haver mais do que uma data” (FG2P10).

Alertaram para a necessidade de uma maior autonomia dos ACeS na formação através da seleção centralizada no Conselho Clínico ou na Direção, com prioridade para quem ainda não fez formação em determinado tema (FG2P7).

Sugeriram a realização de determinadas formações ou treinos (como o Suporte Básico de Vida) (FG2P7), sendo necessário divulgar amplamente junto dos profissionais e motivá-los.

- **Sensibilização e motivação dos profissionais:** Perante a falta de sensibilização e motivação dos profissionais (médicos e assistentes técnicos sentem que não é com eles), os participantes sugeriram a sensibilização *“Motivar e sensibilizar para a importância disto” (FG1P5; FG1P7; FG2P9; FG1P2) “Não é preciso formar uma pessoa, um médico, como ele vai fazer o preenchimento ou o encaminhamento (do questionário), é preciso é sensibilizá-lo para que o faça. Ele sabe fazê-lo, a questão é sensibilizá-lo para que o faça” (FG1P4) e motivação dos profissionais “Passa pela motivação das pessoas. A prioridade que eu dou é diferente.” (FG1P7;FG2P2; FG1P4) como estratégias para melhorar a adesão.*

Dado que *“A SD é para todos” (FG2P2)*, os participantes recomendaram sensibilização e motivação multiprofissional *“Envolvendo outros grupos profissionais. A Enfermagem só não chega.” (FG1P1; FG1P5; FG1P4).* Sugeriram que a sensibilização fosse realizada nas unidades pelo responsável do ACeS em reunião multiprofissional *“Ir às unidades.” (FG2P2; FG2P6), “Nem que seja uma coisa de 5 minutos, na reunião multiprofissional ir alguém lá sensibilizar” (FG2P6),* pelo responsável da ACSD do ACeS em reuniões dos Conselhos Técnicos *“Nos Conselhos Técnicos devia ser divulgado o tema pela pessoa que esteja responsável por esta área a nível ACeS” (FG2P6; FG1P2),* em reuniões de Coordenadores *“Como costuma haver no ACeS pelo menos duas reuniões gerais dos coordenadores em que vai um médico, um enfermeiro e um administrativo, aí se calhar se relembassem a situação [...]” (FG2P10) ou em sessões semelhantes ao focus group “Com esta*

sessão eu aposto que o próximo questionário não vai ter só 14%. Isso é que é interessante!” (FG1P7) “...deveríamos fazer é sessões destas mais vezes!” (FG1P1) “sim, saímos daqui alertados para o tema, mais despertos” (FG1P6) e pelos interlocutores a nível da unidade que “sejam na sua unidade aquele elemento de força reflexa, defensor do interesse e da motivação dentro de cada unidade.” “Cada casa deve tentar trabalhar para sensibilizar esses elementos que não estão tão motivados para tal.” (FG1P1) “Quando nós dizemos as vantagens porque vamos ter uma auditoria e nós queremos que determinado aspeto seja pontuado, que não seja penalizado, toda a equipa se empenha em trabalhar. [...] Vamos insistindo, é a única forma que às vezes nós temos de os conseguir motivar” (FG1P1).

Sugeriram a promoção da discussão sobre o tema nas equipas “Eu acho que também é preciso se falar do assunto que às vezes o resto da equipa nem se apercebe dessa situação” (FG2P10).

- **Reforço da capacidade informática:** Os participantes sugeriram a promoção do acesso ao Outlook em qualquer lugar “criação de e-mail para termos acesso à informação, ao Outlook da ARS, em qualquer sítio, em qualquer computador... os e-mails do ACeS passam para lá... (FG2P7), a substituição do material obsoleto “Computadores novos “ (FG2P2) “Substituição de material. “ (FG2P2) e um reforço do apoio informático que deve ser efetivo, próximo e preventivo “Apoio” (FG2P2) “De vez em quando o informático devia passar pelas unidades e fazer tipo um reset do sistema operativo” (FG2P1).
- **Manter período de resposta de três meses com alertas periódicos e cartazes:** Face ao obstáculo prazos de resposta curtos ou demasiado longos, a estratégia a utilizar para o ultrapassar não foi consensual, pois existiram profissionais que acharam que o período de resposta deveria ser mais curto, sendo que um dos profissionais sugeriu de dois a três dias (FG1P7) “Se me derem um prazo de resposta curto eu vou responder, se me derem um prazo de resposta longo vai ficar lá por responder. “ (FG1P7), o que foi considerado um período demasiado curto por outros profissionais “Uma semana” (FG1P1). Um dos participantes afirmou que não era necessário mudar o período de resposta de três meses “Não é tanto o prazo. Alterar o prazo dos três meses não” (FG1P5) “Deveria era ser reforçado o circuito interno da informação” (FG1P5). Sugeriram evitar períodos de férias “há férias e impossibilidades momentâneas” (FG1P5; FG1P7).

Foi sugerido por vários participantes o recurso a alertas periódicos (FG2P5; FG2P10; FG2P1; FG52P4; FG2P2), “Se for três meses ... não é muito longo se a cada mês

houver lembretes” (FG52P5). Foram propostas várias frequências para os alertas desde semanal “Ou estão põem uma semana” (FG2P5), quinzenal “Lembretes de 15/15 dias” (FG52P4; FG2P2), mensal “não é muito longo se a cada mês houver lembretes” (FG52P5) e de três em três semanas, “três semanas... dá a hipótese de tu olhares... naquele dia tiveres mais tempo e consegues responder” (FG2P4) “Veio e-mail. Até lemos o e-mail. Ainda tem 3 meses. Hoje não consegui. Amanhã já me esqueci. Passado três semanas vem outra vez. “Ainda não respondi a isto! “Percebe?” (FG2P1) tendo sido consensual esta última opção após a discussão dos prós e contras das alternativas .

Sugeriram que os lembretes poderiam ser enviados por e-mail, “nas reuniões semanais” (FG2P3) e nas reuniões do “Conselho Técnico, são 3 meses, são 3 reuniões em que esse tema pode ser debatido. E pode-se dizer “hoje vamos enviar este link para todas as caixas de correio para preenchimento”. E reforçar nas três reuniões” (FG1P5).

Para ultrapassar o obstáculo do esquecimento dois participantes sugeriram a afixação de cartazes durante o período da avaliação “Se voltássemos aos cartazes, chamava mais à atenção. Não tínhamos de ir procurar aquele e-mail... Como uma campanha” (FG1P5; FG1P2).

- **Adaptação da linguagem do questionário aos CSP portugueses:** Quanto aos obstáculos identificados de desadaptação à realidade dos CSP, incluindo de algumas unidades funcionais (UAG, UCC e USP) e da linguagem não estar adaptada aos CSP, foram solicitadas sugestões de alteração de linguagem ou alteração de perguntas para adaptar a contextos específicos. Dado que a elaboração dessas sugestões foi considerada demorada pelos participantes *“Tinha que o analisar todo muito direitinho...” (FG2P4) “E acrescentar questões” (FG2P5), os participantes comprometeram-se a enviar posteriormente sugestões de alteração. As sugestões de alteração constam do Anexo 2.*

De realçar que em ambos os focus groups participantes reforçaram a importância do uso de meios informáticos para resposta ao questionário, em vez do tradicional suporte em papel “Estamos a discutir isto na era da informática. Se andássemos com papel, Deus nos livre!...” (FG1P4) “sendo informático, preenchem isto rapidamente” (FG2P3).

A tabela 12 resume as estratégias sugeridas pelos participantes para ultrapassar os obstáculos à resposta ao questionário de avaliação da cultura de segurança:

Tabela 12 : Estratégias para ultrapassar obstáculos à adesão à resposta ao questionário de ACSD

Obstáculos	Estratégias
<i>Gestão da Informação Inadequada</i>	Revisão da Política de Gestão da Informação (a nível do ACeS e da unidade); Diferenciação do e-mail do questionário (cor diferente, uso de maiúsculas, sublinhados, alerta de importância de mensagem ou outro sistema de alerta); E-mail de divulgação (sucinto, explícito e chamativo, com a informação essencial no início, com <i>link</i> de acesso ao questionário em cor diferente. Se reencaminhamento colocar em destaque inicial o essencial do e-mail de divulgação); Verificação da receção do e-mail ; Reforço da responsabilização do Coordenador na divulgação/partilha da informação ; Condicionar o acesso a determinados documentos à resposta ao questionário.
<i>Inexistência de Interlocutores SD em algumas unidades</i> <i>Iliteracia Informática</i> <i>“Cultura do deixa andar”</i>	Designação de um Interlocutor (coordenador ou outro profissional, simpático, persuasivo, persistente e empático) responsável pela dinamização da avaliação da CSD a nível da unidade e do ACeS (para motivação, ligação ao ACeS, ajuda informática, aviso, monitorização da adesão local) com telefone ou BIP para contato direto com o Interlocutor da ACSD do ACeS Motoristas como veículo de transmissão da informação
<i>Falta de recursos humanos (Falta de tempo; Excesso de trabalho)</i>	Gestão de tempo (definição de prioridades, organização pessoal) ; Melhoria da organização do trabalho ; Reforço dos Recursos Humanos ; Gestão da pressão e ritmo de trabalho : fazer uma catividade de cada vez de forma a garantir a segurança do cuidado, organização do trabalho e a existência de unidades que garantam, pela sua dimensão, mais do que um elemento de cada grupo profissional ao serviço
<i>Ausência feedback dos resultados</i>	Apresentação dos resultados pelo interlocutor do ACeS da ACSD em reunião formação ou de Conselhos Técnicos com partilha da informação com os elementos da unidade. A apresentação deverá: incluir resultados, pontos a melhorar, estratégias de melhoria e local onde estão disponíveis os resultados. Comunicar resultados mesmo que sejam muito baixos e não representativos; evitar comunicar resultados em período de férias dos profissionais; reforçar necessidade de adesão representativa.
<i>Ausência de mudança decorrente dos resultados</i>	Divulgação das mudanças organizacionais decorrentes dos resultados do questionário
<i>Cultura de segurança pouco desenvolvida (aprendizagem por unidade, notificação de incidentes incipiente, medo de penalização, falta de espírito de equipa)</i>	Promoção da CSD : Reforço do trabalho de equipa, promoção da abertura da comunicação, comunicação do erro através da notificação de incidentes, promoção da aprendizagem organizacional e do desenvolvimento de procedimentos a nível das várias unidades com uniformização dos procedimentos pelo ACeS, promoção de uma cultura justa não punitiva.
<i>Défice de formação dos profissionais (Não dão importância, Não reconhecer que a SD é responsabilidade de todos)</i>	Formação e Treino dos profissionais (interna, periódica, multiprofissional, obrigatória, descentralizadas a abranger todas unidades e se necessário unir unidades, em datas diversas). Necessidade de maior autonomia dos ACeS na formação com seleção centralizada no Conselho Clínico ou Direção.
<i>Falta de sensibilização e motivação (Médicos e Assistentes técnicos sentem que não é com eles)</i>	Sensibilização e Motivação pelo responsável do ACeS da ACSD em reunião multiprofissional nas unidades, em reuniões dos Conselhos Técnicos e de Coordenadores e em sessões semelhantes ao <i>focus group</i> ; pelos interlocutores responsáveis pela ACSD a nível da unidade.
<i>Incapacidade informática (link, versões, abertura Outlook, material obsoleto, falta de atualizações, bloqueio pela instituição)</i>	Reforço da capacidade informática : Acesso ao Outlook em qualquer lugar; substituição de material obsoleto; apoio informático efetivo, próximo e preventivo
<i>Prazos de resposta curtos/longos</i> <i>Esquecimento</i>	Manter período de resposta de 3 meses, com alertas periódicos por e-mail de 3 em 3 semanas e nas reuniões do Conselho Técnico (mensal) Afixação de cartazes durante a avaliação Adaptação do
Não adaptado aos CSP	Adaptação da linguagem do questionário aos CSP portugueses

3.5 Implementação prática das estratégias na ACSD no ACeSEG em 2017

Dado que a elaboração da dissertação se prolongou no tempo e entretanto coincidiu com o momento da ACSD 2017, a investigadora apresentou, apesar de não ter sido objectivo inicial deste estudo, os resultados da implementação prática das estratégias de melhoria da taxa de adesão à resposta ao questionário de ACSD no ACeSEG, que decorreu de 1 de Março a 30 de Abril de 2017, realizando assim uma aplicação prática do conhecimento contextualizado adquirido através deste estudo.

Os resultados são apresentados na tabela 13 que demonstra as estratégias utilizadas no ACeSEG ao longo das três avaliações e respectiva evolução da taxa de adesão:

Tabela 13 : Estratégias para aumentar a adesão à resposta ao questionário de ACSD no ACeSEG

Ano da ACSD	Taxa de Adesão	Estratégias utilizadas
2013	26,5%	Questionário em papel Entrega e recolha presencial por elementos do Núcleo de SD do ACeSEG Foco em unidades com maior número de profissionais
2015	14,2%	Questionário electrónico Aviso em reunião de Coordenadores e de Conselho Técnico Envio por e-mail institucional, com texto motivacional Envio de um lembrete por e-mail Sem monitorização de taxa de resposta Motivação personalizada a alguns profissionais apenas pelo interlocutor do ACeS
2017	60,4%	Questionário electrónico Convite ao enfermeiro do Conselho Técnico para participar no estudo Prénotificação da ACSD por e-mail Apresentação formal e formação em reunião de Coordenadores e de Conselho Técnico Envio por e-mail institucional, com texto motivacional, prioritário, com cores e <i>link</i> no início do e-mail. Envio de três lembretes, por e-mail com resultados parciais actualizados e incentivo à participação Monitorização da adesão em reunião CT Abril, com identificação de unidades ou grupos profissionais com baixa adesão Monitorização da taxa de resposta através de <i>link</i> disponibilizado pela DGS Contacto personalizados do interlocutor do ACeS com profissionais de serviços sem interlocutor (UAG, USP e Esterilização) e com profissionais Contacto personalizado do interlocutor da unidade com os restantes profissionais com vista à monitorização da adesão, esclarecimento e motivação para a resposta aos mais renitentes Incentivo (chocolate) a unidades com adesão de 100% em reunião com interlocutores locais Ajuda no preenchimento do questionário a profissionais com baixa literacia informática pelos interlocutores locais e do ACeS Lembrar da ACSD aquando das eleições relacionadas com SIADAP – Enfermagem formação SClínico® Verificação de inexistência de bloqueio pela instituição junto do apoio informático Envio pelo responsável do internato médico de e-mail a incentivar a participação dos internos na ACSD Identificação e motivação de líderes informais

		<p>Identificação e teste, pelos interlocutores locais, de computadores com versões actualizadas e capacidade informática que garantissem acesso ao questionário e sua divulgação na equipa</p> <p>Divulgação da possibilidade de acesso ao questionário por telemóvel através de e-mail institucional (office 365), tornando o questionário “portátil”.</p> <p>Disponibilização pelo interlocutor do ACeS/unidades de telemóvel com acesso à internet a profissionais com maior dificuldade de acesso a computador (assistentes operacionais, telefonista, motoristas).</p>
--	--	---

Dos 437 profissionais do ACeS, responderam ao questionário de ACSD 265 profissionais, pelo que a taxa de adesão, a 30.04.2017, foi de 60,4%.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este estudo teve como objetivos: identificar dimensões fortes e áreas a melhorar na Cultura de Segurança do ACeSE; compreender a perspetiva dos enfermeiros, em relação aos obstáculos à adesão ao questionário de ACSD dos enfermeiros do ACeSEG; identificar, com os enfermeiros, as estratégias a utilizar para ultrapassar os obstáculos identificados à ACSD pelos enfermeiros do ACeSEG. Em seguida serão discutidos os dados colhidos através do método de *focus group* relativos ao conceito de segurança do doente, cultura de segurança do ACeSEG (dimensões, pontos fortes e áreas de melhoria) e obstáculos à adesão ao questionário de ACSD e estratégias para melhorar a adesão e realizada a sua interpretação à luz do conhecimento existente.

4.1 Conceito de Segurança do Doente

O conceito de SD verbalizado pelos enfermeiros participantes esteve de acordo com o conceito preconizado na literatura:

Consideraram que a SD era um conceito abrangente, transversal à organização (Alves et al, 2017) e que englobava não só a segurança física mas também a segurança no atendimento, do profissional e da própria organização. Era um direito do doente pois a SD integrava direitos fundamentais como o direito à vida ou à integridade física e mental (Faria & Moreira, 2009). Era também um direito do profissional, pois segundo a Lei nº 156/2015 (Estatuto da Ordem dos Enfermeiros), a entidade empregadora responsabilizava-se pelo especial risco a que os enfermeiros estavam sujeitos no decurso da sua actividade profissional.

A SD era uma responsabilidade de todos incluindo do próprio doente, que fazia parte da equipa. Organizações como a WHOe (2006) ou a AHRQa (2017) reconhecem desde cedo a importância fulcral da participação e envolvimento dos doentes, família e cidadãos na melhoria da SD. Contudo nos CSP, o seu envolvimento ainda não é efectivo (Trier et al., 2015).

Os participantes reconheceram que na prestação dos cuidados de saúde o doente estava sujeito a vários riscos, e que era obrigação do profissional minimizar o risco de dano ao doente ao máximo, o que vai de encontro à definição de SD pela WHO (2009). Faria (2010,

p. 83) alerta que *“cultura de segurança” não depende só das normas sectoriais que possam vir a ser aprovadas, mas de todo um ambiente envolvente [...] pois este é um sector onde o risco é inerente, mesmo existindo um cumprimento rigoroso das leyes artis e das normas de segurança.*”

Segundo os participantes, a SD começava a partir do momento que entrava na instituição, desde a identificação do doente até à sua saída e até mesmo depois do doente sair da instituição. Este conceito é confirmado na literatura existente, nomeadamente por Ribas (2010) que afirma a necessidade de implementar mudanças que promovam uma CSD e tornem todas as atividades de cuidado aos doentes em CSP, desde a entrada até à saída do sistema, seguras e redutoras do risco de sofrer eventos adversos.

Os participantes tiveram consciência da possibilidade de ocorrência de eventos adversos, referindo que tinham mais consciência do erro actualmente do que há 10 ou 20 anos atrás. Num estudo realizado por Holden, Watts & Hinton (2009) em CSP, os funcionários com menos de 31 anos obtiveram pontuações mais baixas no *score* geral de segurança, com *scores* mais baixos nas subescalas do clima de trabalho em equipa, cultura de segurança, percepção de gestão e satisfação no trabalho (Holden, Watts & Hinton, 2009). Por outro lado, Bodur & Sohani (2009) na ACSD em CSP turcos, concluíram que os funcionários que trabalhavam há mais de dez anos na sua unidade atual apresentaram significativamente menor *score* de CSD. Os autores (2009) colocam várias hipóteses para explicar os resultados: porque os *scores* de CSD diminuíram à medida que a antiguidade aumenta, pode-se perguntar se terá sido um aumento nos erros médicos ao longo do tempo, ou se uma pontuação relativamente menor está relacionada a outros mecanismos tais como uma crescente consciencialização do funcionário dos problemas e de maior disponibilidade para admitir problemas de segurança.

Referiram que a ocorrência de eventos adversos podia ser grave com consequências para os doentes e para os profissionais, pelo que os profissionais deviam adoptar práticas profissionais seguras. Reconheceram necessidade de precauções adicionais aquando da supervisão de alunos.

A adopção consciente pelos profissionais de estratégias de gestão de risco incluíam atenção plena, uso de sequências de segurança e lembretes, confirmação múltipla e gestão de factores de risco.

4.2 CSD do ACeSEG

Nos últimos anos, o papel da CSD na compreensão, de como e porque as coisas na saúde correm mal, tornou-se cada vez mais importante. Os políticos e formuladores de políticas de saúde focam-se frequentemente no papel da CSD como causa e como solução para melhorar a SD (Parker et al., 2015).

Foram identificadas, em particular com maior necessidade de melhoria, as dimensões pressão e ritmo de trabalho, abertura na comunicação, comunicação acerca do erro e apoio pela gestão de topo. Como ponto forte foi identificado o seguimento do doente. O trabalho de equipa não foi uma dimensão consensual pois foi identificado como ponto forte por alguns participantes sendo também identificada por outros como área de melhoria. Estes pontos fortes e áreas de melhoria foram coincidentes com as referenciadas nas ACSD internacionais hospitalares e a nível dos CSP, com a ACSD realizada em Portugal e com a realizada a nível do ACeSEG em 2013. Estes resultados também foram coincidentes com os resultantes da aplicação do MOSPSC de 1.528 escritórios médicos e 25.127 respondentes, dados compilados pela ARHQ (Famolaro et al., 2016), que concluem que o trabalho de equipa (87%) e o seguimento do doente (86%) e as percepções gerais de SD e qualidade (80%) foram os pontos fortes da ACSD nos CSP e a pressão e ritmo de trabalho (50%), a liderança e apoio pela gestão (69%), procedimentos e standardização (69%) e abertura na comunicação (69%) são as dimensões da CSD a necessitar de melhoria contínua. Na ACSD em CSP no Yémen, pelo contrário, o seguimento do doente surgiu como área de melhoria (52%) (Webair et al., 2015). O trabalho em equipa surgiu como ponto forte na ACSD no Kuwait (82%) (Ghobashi et al., 2014), na Turquia (76%) (Webair et al., 2015). no Irão (74%) (Tabrizchi et al, 2012) e na Noruega (Bondevik et al., 2014). A dimensão pressão e ritmo de trabalho foi também considerada como área a melhorar no Reino Unido (Wet et al., 2012), na Noruega (Bondevik et al., 2014), em Espanha (Astier-Pena et al., 2015) e no Yémen (Webair et al., 2015). A dimensão abertura na comunicação foi considerada área a melhorar na ACSD realizada na Noruega (Bondevik et al., 2014), no Kuwait (Ghobashi et al., 2014) e no Yemen (Webair et al., 2015). A dimensão comunicação acerca do erro foi considerada área de melhoria em CSP na ACSD na Noruega (Bondevik et al., 2014) e Turquia (Webair et al., 2015). O apoio pela gestão de topo em ACSD em CSP foi considerado ponto forte no Irão (Tabrizchi et al, 2012) e área a melhorar na Noruega (Bondevik et al., 2014). Não foi possível analisar a evolução da CSD no ACeSEG nas várias dimensões por ausência de resultados referentes à ACSD no ACeSEG de 2015 por baixa adesão (14,2%) poderem estar

sujeitos a um forte viés de não resposta e pelos resultados da ACSD 2017 em Portugal ainda não estarem oficialmente disponíveis.

Segundo os participantes, no ACeSEG, existia défice na abertura na comunicação, manifestada pela expressão de medo de penalização por alguns profissionais, sendo que um participante partilhou uma experiência pessoal de comunicação do erro positiva, numa perspectiva não punitiva e com abertura para a comunicação. A comunicação acerca do erro através da notificação era ainda incipiente, sendo que a maioria dos erros, por não terem consequências graves para os doentes, não eram notificados. A partilha e análise de incidentes eram realizadas de forma informal e fechada, entre profissionais da mesma unidade, sendo que a aprendizagem organizacional ficava circunscrita à unidade onde ocorre o erro por medo de penalização ou crítica por outros profissionais. Estes dados estavam de acordo com a investigação realizada por Tsang, Majeed & Aylin (2012), em CSP, que concluíram que os sistemas de notificação não foram bem divulgados, os processos de notificação são mal compreendidos pelos clínicos, e há relutância em notificar incidentes e "near misses" pela falta de cultura de segurança, por medo da punição e pela natureza autónoma do trabalho. Também no estudo realizado em CSP por Kousgaard, Joensen & Thorsen (2012) foram identificados como principais motivos das baixas taxas de notificação a falta percebida de utilidade prática, questões de tempo e esforço numa prática clínica ocupada com prioridades concorrentes e as considerações de adequação em relação a outros profissionais.

Um estudo com enfermeiros concluiu que a resposta não punitiva ao erro foi significativamente associada a reduções nas dificuldades psicológicas, físicas e profissionais da segunda vítima e que culturas de segurança punitivas podem contribuir para a percepção autodeclarada do sofrimento psicológico, físico e profissional da segunda vítima, o que pode refletir a falta de suporte organizacional. Reduzir a resposta punitiva ao erro e encorajar as interações institucionais solidárias, de supervisor e institucionais podiam ser estratégias úteis para gerir a gravidade das experiências (Quillivan, 2016).

Um estudo realizado pelo grupo LINNEAUS Euro- PC considerou a compilação de dados relativos a eventos adversos do doente, considerando a sua adequação e utilidade, como o melhor indicador de processo da cultura de segurança (Parker et al., 2015).

Dado que *“sem uma cultura justa, tem relatórios mínimos; sem relatórios, não tem oportunidades para aprender e melhorar”* (Ulrich & Kear, 2014, p.450), era fundamental o

desenvolvimento de uma cultura justa para melhorar a notificação em organizações aprendentes.

Não foi consensual nos dois *focus groups* o apoio pela gestão de topo, pois enquanto uns manifestam crítica negativa no que respeita a recursos materiais e equipamentos, outros acharam que a gestão não deu determinados apoios porque estava limitada por algumas condicionantes. Todos concordaram que a gestão de topo estava sensibilizada para a SD, abstendo-se de atitudes de culpabilização ou punição. Este era um aspecto positivo fundamental para a CSD do ACeSEG que denotou o compromisso da gestão de topo com a SD pois, segundo McFadden, Henagan & Gowen III (2009), existia uma cadeia de segurança do doente, em que a melhoria da SD começa no mais alto nível da organização com um estilo de liderança transformacional, que conduzia à criação de uma cultura de segurança, que por sua vez estava associada à adoção de iniciativas de SD e, finalmente, com melhorias positivas nos resultados de SD.

Segundo Illingworth (2015) melhorar a segurança na linha de frente não acontece numa bolha: antes é influenciado -potenciado ou impedido - por líderes seniores dentro das organizações. É responsabilidade dos líderes criar um ambiente onde a melhoria possa florescer e encorajar o debate de ideias sem o medo do fracasso. Devem implementar mudanças com monitorização de consequências não desejáveis através da busca activa de *feedback* contínuo de doentes, cuidadores, familiares, funcionários e voluntários. Segundo este autor (2015), os líderes das organizações definem o tom da sua cultura através de seus valores declarados, seu comportamento e suas tentativas (ou falta delas) de desafiar ou abraçar comportamentos profundamente incorporados e assumidos. Apesar das escassas evidências empíricas sobre a relação custo-eficácia das intervenções de melhoria da SD, Illingworth (2015), sugere alguns argumentos a utilizar pelos líderes para angariar apoio para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos que conduzam à melhoria da SD: sistemas não confiáveis são improdutivos; o cuidado inseguro é caro; cuidados seguros poupam dinheiro. Também Leonard & Frankel (2012) realçam que os grandes líderes sabem como exercer normas atitudinais e comportamentais para melhor proteger contra os riscos, ao garantir segurança psicológica com abertura na comunicação, imparcialidade organizacional (em que os profissionais sabem que devem ser capazes, conscienciosos e não adoptar comportamentos inseguros, mas não são responsáveis pelas falhas do sistema) e potenciar um sistema de aprendizagem que promove melhorias e reduz o desperdício. Os líderes são os detentores e guardiões dessas normas atitudinais e do sistema de aprendizagem.

Em relação aos procedimentos administrativos, é de notar uma assimetria significativa entre tipologias de unidades, sendo reconhecido que as USFs têm uma qualidade organizacional superior às UCSP, confirmada no estudo de Vieira (2010). Ao mesmo tempo que existiam unidades com procedimentos definidos, implementados na prática e que eram revistos periodicamente, existiam outras que não os têm em determinadas áreas ou que não os aplicam, não existindo uniformização de procedimentos a nível do ACeS, nomeadamente no SASU. Os participantes destacaram a necessidade de uma maior implementação prática dos procedimentos definidos pelas equipas, reconhecendo uma evolução positiva significativa de algumas unidades e do próprio ACeS.

Existia défice na formação e treino dos profissionais para algumas funções que desempenham, nomeadamente registos clínicos. Existia a prática de autoformação e discussão de normas de orientação clínica em reuniões dos Conselhos Técnicos e das unidades. Trier et al. (2015) recomendam integrar o envolvimento e a SD nos currículos de profissionais de saúde, tanto em nível de graduação como de pós-graduação, com atenção específica à perspectiva do doente, relações dos profissionais de saúde/doente e diversidade cultural. Segundo os Salas et al. (2015) cuidados de saúde podem ganhar significativamente com o uso de treino com simulação para reduzir erros e melhorar a SD.

Foram relatadas situações de carências de recursos humanos e materiais a nível do ACeS, com momentos de pressão e ritmo de trabalho extremos que potenciam erros, aumentavam tempo de espera para cuidados, diminuíam a qualidade dos cuidados, promoviam o *burnout* dos profissionais e favoreciam situações de violência contra profissionais de saúde. A percepção era apoiada pela posição da Ordem dos Enfermeiros (2014) que considerou que cargas de trabalho elevadas conduzem a insatisfação, desmotivação e *burnout* dos profissionais, bem como colocam em causa a qualidade da prestação de cuidados de saúde. Também Aiken et al (2012) concluíram que a dotação de enfermeiros e a qualidade do ambiente de prática clínica estavam diretamente associados com a satisfação dos clientes, a qualidade e segurança dos cuidados e os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. O Conselho Internacional dos Enfermeiros (2007) alertou que os ambientes pouco saudáveis afectam a saúde física e psicológica dos enfermeiros devido ao *stress* de cargas laborais pesadas, horários prolongados, baixo estatuto profissional, relações difíceis no local de trabalho, problemas no desempenho de papéis profissionais e uma diversidade de riscos no local de trabalho. Este Conselho (2007), reforçou a necessidade de criação de ambientes favoráveis à prática caracterizados por: enquadramentos políticos inovadores centrados no recrutamento e retenção; estratégias

de formação e promoção contínuas; compensação adequada aos funcionários; programas de reconhecimento, equipamentos e materiais suficientes e um ambiente de trabalho seguro. Estes ambientes têm um efeito benéfico sobre a prestação de serviços de saúde, o desempenho do profissional, os resultados dos doentes e a inovação. Segundo o relatório de violência contra os profissionais de saúde (DGS, 2016), que traduzia as notificações neste âmbito realizadas em 2015, a violência contra profissionais de saúde em CSP existia (das 582 notificações, 36% ocorre em CSP) sendo que em CSP 52% dos agressores são doentes, familiares (23%) ou profissionais de saúde (16%). No geral, 73% das situações ocorre na unidade de saúde e 59% poderia ser prevenida. Não existiam dados sobre as causas da violência.

O atendimento significativo de esporádicos em algumas unidades foi associado pelos participantes a aumento de risco para a SD. A existência de unidades com apenas um elemento por grupo profissional ao serviço, de forma fixa ou por períodos (ausência por férias ou para domicílios) foi vista como uma situação que potencia o erro em períodos de maior pressão e ritmo de trabalho.

Associaram o aumento da literacia dos doentes à necessidade de maior tempo de atendimento. Foi reconhecido que o tempo utilizado em ensinamentos, actividade *core* essencial em CSP, não era devidamente contabilizado em tempo de necessidade de cuidados.

O seguimento do doente foi o único ponto forte claramente identificado por todos os participantes. O seguimento ocorria em microequipas (médico e enfermeiro de família), é holístico, proactivo, global e abrangente. Realçaram a importância da plataforma de dados em saúde na melhoria do seguimento e na segurança na transição de cuidados, o que é confirmado pela literatura por autores como Tsang, Majeed & Aylin (2012), que reconhecem que a transferência de informações entre cuidados secundários e CSP foi facilitada por resumos eletrónicos de alta que permitem acesso imediato aos detalhes das internamentos dos doentes.

Os participantes reconheceram ainda necessidade de melhoria no trabalho de equipa em algumas unidades. O trabalho de equipa é fundamental, uma vez que a garantia da segurança do doente requer os esforços contínuos e focados por parte de cada membro equipa de saúde (Ulrich & Kear, 2014). O trabalho de equipa não foi uma dimensão consensual pois foi identificado como ponto forte por alguns participantes sendo também identificada por outros como área de melhoria. Nas ACSD em CSP internacionais anteriormente referenciadas, o trabalho de equipa aparece em muitas investigações como

ponto forte (variam entre 76 e 96% respostas positivas). A maioria dos participantes referiu o apoio da gestão de topo. O Enfermeiro Gestor como um dos líderes da organização pode ter um papel decisivo na promoção e melhoria da CSD através de:

- Assunção de uma liderança transformacional, participativa, proactiva, justa (Ginsburg et al., 2005; IOMb, 1999; Mcdonal & Waring, 2014, Itoh et al., 2014; McFadden, Henagan & Gowen III, 2009). Taliti & Griffin (2014) consideram mesmo que os líderes são muitas vezes os condutores da cultura de segurança dentro da organização, pelo que a melhor maneira de promover a CSD é ter ambos, os líderes e a organização, como um todo, a promover a CSD. Para Taliti & Griffin (2014) esta deve ser inclusiva, sobretudo em equipas multidisciplinares como as dos serviços de saúde, em que membros da equipe têm diferentes áreas de especialidade e encaixam-se em diferentes níveis da hierarquia. Os líderes podem recorrer a estratégias como as *walk rounds* (Taliti & Griffin, 2014; Carthey, 2014), de forma a promover a segurança (Taliti & Griffin, 2014);
- Promoção de uma cultura de gestão do erro: incentivo ao uso de sistemas de notificação de incidentes, à realização de análise de causa-raiz dos incidentes, à revisão após eventos e ao uso de *trigger tools* (Talati & Griffin, 2014; Itoh et al., 2014; Mcdonal & Waring, 2014);
- Promoção de clima de serviço ao cliente: a prestação de cuidados de saúde é uma prestação de um serviço e como em qualquer serviço a satisfação e segurança do doente são prioritárias; o papel dos trabalhadores da linha de frente ou funcionários de fronteira, como os enfermeiros, é fundamental pois estes são na organização que tem um contacto mais próximo com os clientes, estão numa posição estratégica para ouvir o cliente, captar e influenciar as percepções da qualidade de serviço (Talati & Griffin, 2014);
- Promoção de um ambiente de trabalho seguro: determinados aspectos do ambiente de trabalho do enfermeiro, como o acesso à informação, apoio e recursos e qualidade de supervisão, definem as bases para uma cultura de segurança positiva (Talati e Griffin, 2014). Com vista à melhoria da cultura de segurança deve-se considerar a natureza das funções do trabalho, as tarefas de tecnologia e objetivos organizacionais; identificar as características e as relações, nomeadamente fatores de *design*, tais como equipamentos, de pessoal, formação e procedimentos; identificar as ligações entre os objetivos de uma organização, prioridades, atividades e características físicas (Phipps & Ashcroft, 2014);

- Monitorização da mudança: *“O desempenho de uma organização é um reflexo de sua cultura subjacente”* (Mcdonal & Waring, 2014, p.119). O Enfermeiro Gestor deve recorrer a várias fontes de dados de desempenho de segurança na área da saúde como registos de casos, relatórios de incidentes, dados de campo e dados auto-referidos (Itoh et al., 2014). Com base no seu conhecimento e compreensão do contexto o Enfermeiro Gestor deve determinar qual fonte e categoria de dados a usar assim como o procedimento de medição tendo em conta a eficiência vs profundidade (Itoh et al., 2014). Em CSP existem vários indicadores de processo de CSD, sendo que os dados que apresentam melhor adequação e utilidade são os relativos aos eventos adversos dos doentes (Parker et al, 2015). É fundamental que o Enfermeiro Gestor realize a monitorização sistemática das melhorias organizacionais de SD mas que assegure que estas medidas são compatíveis com a prática profissional, o trabalho em equipa, a cultura e a complexidade organizacional (Daker-White et al., 2015)

4.3 Obstáculos à adesão ao questionário de ACSD no ACeSEG

Os obstáculos e estratégias identificadas pelos participantes foram de encontro ao referenciado na literatura consultada relativa aos obstáculos relacionados com a aplicação de questionários electrónicos via *web*, apresentados no subcapítulo 1.3.2, à excepção do recurso a motoristas como veículo de divulgação da informação, que não foi identificado na literatura.

Muitos dos obstáculos referenciados na literatura já foram acautelados, uma vez que, em Portugal, na ACSD quer nos hospitais, quer em CSP, foram utilizados questionários electrónicos via internet, através do *SurveyMonkey*, em vez do uso de questionário em papel. Em 2015, o questionário esteve disponível para resposta pelos profissionais durante três meses de maio a julho de 2015 (DGS, 2015). Em 2017 foi utilizada metodologia semelhante à de 2015 (norma 003/2015 atualizada a 06/02/2017), sendo que o período inscrição ao questionário foi antecipado de março e abril em 2015 para janeiro e fevereiro em 2017 e o de resposta foi antecipado para março e abril de 2017 de modo a não coincidir com período de férias da maioria dos profissionais e limitado apenas a 2 meses (DGS, 2017), pelo que as questões relacionadas com o obstáculo “Prazo de Resposta” foram melhoradas.

O obstáculo “Falha na distribuição da informação via Coordenador da Unidade” pode ser associado ao enunciado por Klabunde et al. (2012), que era que o facto dos respondentes pretendidos poderem não ser o ponto inicial de contato pela existência de profissionais com função de *gatekeeper* (porteiro) na abertura de correspondência, neste caso o Coordenador ou o administrativo que geria o e-mail geral da unidade, que tinha a obrigação de difundir toda a informação por todos os elementos da equipa.

Em relação ao obstáculo “Défice de formação em SD”, esta percepção foi coincidente com a percepção dos enfermeiros que participaram no estudo de Ques, Montoro & Gonzalez (2010) que identificaram como ponto fraco e ameaça à SD o défice de formação em segurança sugerindo a formação e o desenvolvimento profissional como oportunidade de melhoria. O défice de formação dos profissionais em SD foi confirmado na literatura por Ranjbar & Zeydi (2015) que consideram a SD uma questão importante mas negligenciada na formação de Enfermagem. Também Trier et al (2015) recomendaram integrar a SD nos currículos de profissionais de saúde, tanto em nível de graduação como de pós-graduação.

Em relação ao obstáculo “Excesso de Questionários”, este dado foi confirmado na literatura pois havia autores que consideraram que o aumento no número de pedidos de indivíduos para participar em pesquisas podia diminuir as taxas de resposta, uma vez que as atitudes gerais dos indivíduos em relação à indústria de pesquisa podiam ser desfavoráveis, e a aura de "singularidade" para a participação no processo diminuiria (Sheehan, 2001).

Em relação ao obstáculo “Ausência de feedback dos resultados”, foi um facto que apesar da ACSD em CSP ter sido realizada entre Maio e Julho de 2015, com divulgação dos resultados prevista para Novembro de 2015 (DGS, 2015), a DGS não realizou até à data a apresentação oficial dos resultados nacionais através de relatório, tendo apenas em 2016 sido divulgado às CQS do ACeS os seus resultados parciais, sendo que aos ACeS com taxas de adesão inferiores a 15%, como é o caso do ACeSEG (14,2%) não obtiveram resultados por dimensão, apenas a sua taxa de adesão. No ACeSEG apenas foi divulgado em reunião de Conselhos Técnicos e Coordenadores, em 2016, quando da apresentação do plano da CQS do ACeS, os resultados da taxa de adesão do ACeS e da região norte e nacional, remetendo divulgação mais detalhada para data posterior quando da divulgação do relatório nacional da ACSD em CSP.

Em relação ao obstáculo “Comportamentos de grupo” foram empregues expressões que denotam associação da função de *gatekeeper* (porteiro) de correspondência, sugerida como obstáculo à adesão a questionários médicos por Klabunde et al. (2012), ao

administrativo, que encaminham a correspondência que chega à unidade para os profissionais.

Em relação aos obstáculos específicos relativos à ACSD, não foi encontrada referência na literatura a nenhum estudo com que se possa comparar os resultados obtidos.

Os obstáculos “Política de gestão da informação inadequada” e “Excesso de questionários” poderiam traduzir obstáculos locais associado ao contexto específico do ACeSEG e a opções de governação clínica.

A “Inexistência de Interlocutores na área da SD”, identificada como obstáculo pelos enfermeiros participantes, poderia também reflectir questões organizacionais locais e específicas do ACeSEG, uma vez que formalmente estas figuras não existiam e podiam (ou não) ser criadas localmente pelas Direcções Executivas.

A existência de unidades dispersas, com número muito reduzido de elementos e assimetria no desenvolvimento organizacional, identificada como obstáculo no ACeSEG, podia estar relacionada com as características específicas deste ACeS, um dos ACeS com maior número de unidades (25 unidades), em que sómente nos edifícios sede dos antigos centros de saúde é que co-existiam unidades contíguas. Existiam neste ACeS duas unidades em que só existe um elemento de cada grupo profissional. Este ACeS tinha oito USF modelo B, quatro USF modelo A e oito UCSP e duas UCC, uma USP e uma UAG, em diferentes níveis de qualidade de desenvolvimento organizacional demonstrado por diferentes pontuações na metodologia de avaliação Dior.

Quanto à questão da linguagem não adaptada aos CSP, os participantes forneceram contributos de melhoria posteriores ao momento do *focus group* (Anexo 2).

Foi interessante verificar, no que diz respeito ao envolvimento dos profissionais na ACSD, neste estudo o foco centrou-se nos profissionais no geral e não nos elementos da gestão de topo. Tal pode dever-se ao facto da direcção do ACeSEG, e apesar de ter sofrido alterações nos últimos anos, ter estado sempre envolvida e interessada nas questões relativas à SD, demonstrada pela constituição formal do Núcleo de SD, em 2012, um grupo de trabalho multidisciplinar, num total de 23 elementos, que trabalhava questões relacionadas com a SD, em articulação directa com a Direcção Executiva e CCS, demonstrando assim um forte compromisso com a segurança. De notar que as CQS só foram constituídas em 2013 (Despacho n.º 3635/2013), tendo o ACeSEG sido pioneiro na constituição de uma equipa multiprofissional focada em questões de SD. Tal facto podia explicar o foco dos

participantes no envolvimento dos profissionais em geral e não na gestão de topo em particular.

4.4 Estratégias de melhoria de adesão ao questionário de ACSD no ACeSEG

Várias foram as estratégias sugeridas neste estudo. Para ultrapassar alguns dos obstáculos à pesquisa electrónica, a ACSD nos CSP que decorreu em Portugal, já incluía algumas estratégias nacionais para aumentar a adesão à resposta propostas: a pesquisa foi promovida em parceria por entidades cientificamente reconhecidas (McLeod et al., 2013; Fan & Yan, 2010), como a DGS e a Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar; o questionário utilizado foi traduzido e validado para Portugal a partir do questionário MOSPSC, da AHRQ, questionário este reconhecido internacionalmente, com ferramenta de análise de dados (Scott et al, 2011, Cho, Johnson & Vangeest, 2013, Fan & Yan, 2010, AHRQb, 2017); foi realizado em 2014, um estudo piloto (Fan & Yan, 2010) com este questionário (DGS, 2015); a partir dos resultados obtidos na ACSD em CSP pressupôs-se a implementação prática pelos ACeS de medidas de melhoria e sua monitorização (DGS, 2015), pelo que os profissionais terão a percepção que a resposta ao questionário poderá trazer mais-valias significativas na sua prática profissional que compensam o tempo dispendido pelo profissional no preenchimento do questionário, constituindo-se estas melhorias como um incentivo à participação na pesquisa (Fan & Yan, 2010; Dillman, 2007 citado por Fan& Yan, 2010; Scott et al; 2011); as Comissões de Qualidade e Segurança (CQS) dos ACeS foram envolvidas e demonstraram a adesão do ACeS ao questionário através do preenchimento de um formulário, sendo que, em 2017, já foi possível às CQS, terem acesso, em tempo real, aos resultados do seu ACeS por grupo profissional, podendo deste modo realizar a monitorização contínua das taxas de resposta, com implementação de medidas de melhoria da adesão; em 2017 o período de resposta foi limitado a 2 meses, existindo a possibilidade de, a nível local, ser redefinido o tempo de resposta ao questionário, limitando-o ainda mais.

Apesar do tempo previsto para a resposta ao questionário ser de 10 a 15 minutos (AHRQb, 2017), não foi adoptada uma versão reduzida do questionário, como proposto por Sahquist et al, 2011 e Edwards et al., 2009), adoptando-se a posição de Beebe et al. (2010) que considerou que as taxas de resposta não variavam com a duração do questionário.

No estudo, os participantes recomendaram a manutenção dos três meses como tempo de resposta, associado ao envio de alertas periódicos e à afixação de cartazes para evitar o esquecimento.

Ainda a nível nacional, inúmeros esforços que foram desenvolvidos pelas ARS, DGS e Associação Portuguesa de Desenvolvimento Hospitalar, na formação de profissionais na área da SD, com formação em serviço a nível nacional promovida pelas ARS, com discussão deste tema em particular (seus obstáculos e estratégias de melhoria) com elementos das CQS. A formação dos profissionais foi reconhecida por vários autores como fundamental (Trier et al., 2015; Salas et al., 2015; Ranjbar & Zeydi, 2015).

A nível regional, em 2017 na ARS Norte, foi realizado numa das reuniões dos Directores Executivos na ARS um convite para responderem ao questionário e incentivarem os profissionais à resposta e divulgado que haveria em 2017 possibilidade de monitorização dos resultados de cada ACeS através das CQS durante o período de avaliação. Tal estratégia, na opinião da investigadora, pode ter contribuído para a promoção de um espírito de competição saudável entre ACeS (AHRQc, 201; McPeake et al., 2014). A divulgação pela ARS dos resultados da adesão enviados pelo Departamento de Qualidade em Saúde (DQS), com reconhecimento dos resultados de adesão dos vários ACeS, pode contribuir para uma melhoria da taxa de adesão no futuro (AHRQc, 201; McPeake et al., 2014).

Em relação às estratégias implementadas a nível local de notar as seguintes:

- A participação dos enfermeiros dos Conselhos Técnicos das USF (e equivalentes nas UCSP), neste estudo constituiu por si só uma estratégia de formação e envolvimento destes profissionais chave, muitos deles líderes informais reconhecidos na sua unidade foi importante pois *“...uma boa liderança é crucial para segurança, e a principal responsabilidade pela segurança repousa sobre os ombros dos líderes...”* (Itoh, 2014, p.89) e a nomeação formal dos elementos do Conselho Técnico pelo CCS, como interlocutores da ACSD em 2017, que incluía os enfermeiros que participaram no estudo e médicos foi fundamental, pois envolveu não só enfermeiros, como médicos e esses estes elementos motivaram localmente todos profissionais, monitorizaram *in loco* as taxas de resposta, ajudaram em questões técnicas e informáticas e lembraram da avaliação em reuniões multiprofissionais.

- A participação de enfermeiros das UCC, USP e UAG no estudo permitiu também formar, motivar e envolver profissionais de unidades que normalmente não se identificavam como destinatários da ACSD, sobretudo associada à dificuldade de adaptação deste questionário ao contexto específico dos CSP e especificidade de algumas destas unidades. Esta estratégia de envolvimento dos enfermeiros no desenvolvimento e avaliação da CSD é apoiada por Ulrich & Kear (2014), autores segundo os quais, os enfermeiros permanecem fundamentais para proporcionar um ambiente e uma cultura de segurança, e como resultado, os enfermeiros estão emergindo como líderes de segurança na área dos cuidados de saúde. Gehring et al. (2013) também defende que a participação em grupos de qualidade e reuniões de equipa envolvendo todos os membros da equipa são formas efetivas de fortalecer a CSD .
- O investimento em formação foi crucial (Trier et al., 2015; Salas et al., 2015; Ranjbar & Zeydi, 2015), nomeadamente com a participação neste estudo e formação a nível dos Conselhos Técnicos. O sucesso desta estratégia é reconhecido pelos próprios participantes durante os *focus groups*. Esta percepção foi validada por Galego & Gomes (2005) ao reconhecer que o *focus group* contribui para o evoluir das pessoas e das sociedades, ou seja, para o emergir de novas atitudes e de novas mentalidades.
- A divulgação, incentivo, motivação e envolvimento de todos os profissionais na ACSD, com recurso à pré-notificação da avaliação (Fan & Yan, 2010; Crawford et al., 2001 citado por Fan & Yan, 2010) e divulgação por e-mail de *link* (McPeake et al, 2014) com texto motivacional (Edwards et al., 2009) como prioritário (Klabunde et al., 2012) com instruções e envio de três lembretes (McPeake et al., 2014; Barclay, 2002; Cho, Johnson & Vangeest, 2013) com dados actualizados relativos à adesão por grupo profissional e a agradecer a participação desses profissionais solicitando que incentivem o resto da equipa a participar pode ter contribuído para os resultados alcançados.
- A promoção da adesão em reunião de Coordenadores pela Direcção Executiva, com alerta para o obstáculo identificado de falha na distribuição da informação por alguns Coordenadores e reforço da necessidade de encaminhar os e-mail a toda a equipa (Klabunde et al.,2012) foi também uma estratégia adoptada.
- A monitorização constante da taxa de adesão com introdução de medidas correctivas dirigidas a vários grupos profissionais específicos, envolvendo os líderes

(Ginsburg et al., 2005; IOMb, 1999; Mcdonal & Waring, 2014, Itoh et al., 2014; McFadden, Henagan & Gowen III, 2009), nomeadamente através do recurso a lideranças profissionais como a Direcção de Enfermagem (em contexto de eleições para os representantes dos trabalhadores nas comissões paritárias ou formação SClínico®), Responsáveis do Internato Médico, Directora Executiva, Coordenadora da Saúde Pública e líderes informais das unidades, revelou-se eficiente e fundamental na progressão positiva da taxa de adesão.

- O contacto telefónico ou pessoal com os interlocutores foi fundamental para monitorização local da taxa de resposta, com reunião com os mesmos a meio do período de resposta, para identificação de dificuldades locais, nomeadamente informáticas (Fan & Yan, 2010, Scott et al, 2011, Cho, Johnson & Vangeest, 2013, Cope, 2014; Klabunde et al.,2012), grupos profissionais menos aderentes e unidades com adesão mais baixa.
- Foram identificados como serviços de menor adesão, pela inexistência de interlocutores locais, as unidades da UAG, URAP, USP e esterilização com nomeação de interlocutores nestes serviços (AHRQc, 2017)
- A ajuda informática e o esclarecimento de dúvidas nas perguntas do questionário realizados pelos interlocutores locais da ACSD (Evans et al., 2005) aos assistentes operacionais e assistentes técnicos e telefonista foram fundamentais para o aumento da taxa de adesão nestes grupos.
- A disponibilização de “questionário portátil” através da possibilidade de preenchimento do mesmo através do telemóvel (e até a nível extralaboral) através do acesso ao e-mail institucional pelo Office 365 constituiu uma mais valia no acesso ao questionário, ultrapassando os obstáculos do e-mail institucional que só abria em determinado computador ou versões informáticas que não possibilitavam o acesso ao questionário.
- Foi proposta de alteração da política de gestão de informação do ACeS, por dificuldade de acesso aos e-mails relativos à ACSD, com necessidade de reenvio do e-mail para muitos profissionais que, na maioria, tinham recebido o e-mail de acesso ao questionário, mas o tinham “perdido” no meio de dos e-mails que recebem. As estratégias “Revisão da política de gestão de informação” e “Reforço da responsabilidade do Coordenador na divulgação/partilha da informação” identificadas pelos participantes podem reflectir estratégias específicas locais associadas ao contexto.

- O reconhecimento de unidades com adesão de 100%, através da oferta de bonbons aos interlocutores (médico e enfermeiro) dessa unidade em reunião dos Conselhos Técnicos, gerou uma apreciação positiva dos elementos das restantes unidades pelo reconhecimento pelo CCS/DE do trabalho realizado a nível local. Após o destaque inicial dessas unidades, foi também oferecido às restantes pelo esforço de promoção que todos tinham realizado, com partilha a nível local da formação apresentada em reunião dos Conselhos Técnicos pelo interlocutor da ACSD do ACeS e efectuado o desafio para a adesão dos profissionais ao serviço das restantes unidades. Foi realizado esclarecimento de dúvidas referentes aos destinatários. Em relação aos incentivos à participação (AHRQc, 2017) apesar de não ser um obstáculo identificado pelos participantes deste estudo, a investigadora é de opinião que no futuro, estes incentivos poderão ser associados à contratualização externa, com definição de metas com base em indicadores de processo do tipo taxa de adesão do ACeS à ACSD ou de resultado tipo percentagem de respostas positivas da dimensão X ou Y. Também se poderia pensar em incentivos ao nível das unidades com prémios (AHRQc, 2017) (acesso a formação, distinções certificadas para a unidades campeãs, etc.) e certificados electrónicos de participação (Goritz, 2006 citado por Fan& Yan, 2010; Edwards et al., 2009).
- O facto da Diretora Executiva ACES ter enviado e-mail de agradecimento aos Conselhos Técnicos pelo envolvimento e incentivo que condicionou a melhoria da taxa de adesão no ACeSEG e divulgado pelo ACES os resultados da taxa de adesão 2017, pode contribuir para uma melhoria da adesão no futuro (AHRQc, 201; McPeake et al., 2014).

As várias estratégias definidas e implementadas a nível nacional, regional e local, podem ter contribuído para a subida da taxa de adesão de 14,2% em 2015 para 60,4 % em 2017 (com um aumento de 46,2% relativamente à adesão ao questionário de ACSD de 2015), segundo a informação disponibilizada pelo DQS ao ACeSEG.

O facto de existirem profissionais ausentes ao serviço no período da ACSD por licença de maternidade/paternidade, gravidez de risco, acidentes de trabalho e doença prolongada, condicionou um natural decréscimo da taxa de adesão, pois estes profissionais integraram o denominador mas não estavam ao serviço nem tiveram acesso ao e-mail institucional nesse período (a título de exemplo, só para se perceber a dimensão deste problema, estiveram ausentes nestas condições cerca de 10% da população de enfermeiros do

ACeSEG, o condicionou uma taxa máxima de adesão possível de 90% neste grupo profissional).

A investigadora reconheceu como pontos fortes deste estudo:

- Ser o primeiro estudo formal nesta área;
- Ser um estudo qualitativo, que gerou discussão e interação entre participantes, com análise não só de dados verbais, como de dados não verbais, interações e dinâmicas de grupo, o que possibilitou a obtenção de dados muito ricos e com significado;
- O facto dos enfermeiros participantes pertencerem a diferentes unidades (com potenciais culturas de segurança locais diferentes) e dos grupos organizados incluírem prestadores e gestores de cuidados, pode ter contribuído para a obtenção de dados mais ricos, que evidenciam diferenças de CSD e de desenvolvimento organizacional dentro do mesmo ACeS;
- O facto de serem todos enfermeiros, detentores de uma linguagem comum favoreceu e potenciou o diálogo e a partilha de experiências;
- O conhecimento da moderadora sobre o contexto a ser analisado, constituiu-se como uma mais-valia na condução do *focus group*, na exploração e interpretação de determinados significados;
- O facto de uma das moderadoras ser a responsável da DGS da ACSD, pode ter contribuído para que os participantes se sintissem ouvidos e envolvidos na análise do problema e na definição de estratégias de solução.

Como limitações e causas de possível viés a investigadora identificou as seguintes:

- Inexperiência da moderadora na condução de *focus groups*. Este facto foi compensado pela inclusão de uma segunda moderadora com significativa experiência no método;
- Os enfermeiros participantes pertenceram a unidades diferentes, tinham experiências diferentes e as CSD locais podiam ser potencialmente diferentes;
- Os participantes integravam um mesmo grupo profissional, pelo que, sendo que a cultura de segurança de um local resultante de um conjunto de interações multiprofissionais e organizacionais complexas, a perspectiva de elementos de apenas um grupo profissional podia ser limitativa;
- O facto de os participantes conhecerem a investigadora, e esta, na momento em que ocorreram os *focus groups*, ser sua superior hierárquica, podia ter conduzido a

envieçamento de resultados, nomeadamente no que diz respeito à análise da dimensão apoio pela gestão de topo.

- Como a entrevista não foi gravada houve possibilidade de perda de dados e favoreceu incorrecções de memória.
- O facto de a moderadora estar associada à DGS podia condicionar as respostas, o que foi contrariado pela criação de um ambiente que favoreceu uma discussão aberta, sincera e construtiva, com identificação de diversas dimensões a melhorar.

Sendo fundamental a análise dos obstáculos e a definição de estratégias de melhoria da adesão, não nos podemos esquecer que a segurança não depende apenas de medição, práticas e regras, nem de quaisquer métodos de melhoria específica; depende do desenvolvimento de uma Cultura de confiança, de notificação, de transparência e de disciplina (Leape et al., 2009), pelo que as organizações devem-se focar na promoção e desenvolvimento de uma cultura de segurança justa e positiva.

CONCLUSÃO

A SD em CSP é ainda um tema recente e pouco abordado neste contexto. A CSD no ACeSEG é ainda pouco desenvolvida e pouco estudada mas tem evoluído favoravelmente, tendo como seu ponto forte o seguimento do doente. É também reconhecida uma evolução positiva no trabalho de equipa ao longo dos últimos anos.

Contudo há necessidade de evoluir noutras dimensões. É necessário progredir no sentido de uma maior abertura da comunicação, da promoção da comunicação do erro através da notificação de incidentes e *near misses* para uma aprendizagem organizacional extensível às várias unidades e não circunscrita à unidade onde o incidente ocorre. É necessário uma maior uniformização de procedimentos quer a nível do ACeS (incluindo a nível do SASU) quer a nível nacional, assim como apoio pela gestão de topo. Existe necessidade de investir na formação e treino dos profissionais, nomeadamente em registos informáticos. Verifica-se a existência de carência de recursos humanos o que potencia a possibilidade de situações ou momentos de pressão e ritmo de trabalho extremos que podem colocar em causa a SD. Terá que ser ponderado o risco/benefício da existência de unidades com um só elemento por grupo profissional para a proximidade que se pretende das populações, com reflexão sobre o risco para a SD em momentos de dúvidas clínicas ou picos de pressão e ritmo de trabalho.

Melhorar a CSD em CSP deve ser uma prioridade para os gestores, de forma a garantir uma prestação de cuidados seguros, atempados, eficientes, equitativos, baseados na melhor evidência científica. Os Enfermeiros Gestores assumem um papel fulcral na promoção de conhecimentos, práticas e comportamentos seguros e na defesa de dotações seguras, contribuindo para a promoção de organizações de saúde aprendentes, positivas e justas.

É fundamental que as instituições, e em particular os Enfermeiros Gestores, conheçam os obstáculos a este tipo de avaliação e desenvolvam estratégias para melhorar a adesão a este tipo de avaliação. A monitorização sistemática da CSD permite não só conhecer dimensões prioritárias de intervenção, como permite obter dados sobre o efeito prático de determinada decisão na CSD da organização, com avaliação dos resultados da implementação de medidas correctivas e preventivas de melhoria contínua da CSD, constituindo-se um instrumento de gestão fundamental para a governação clínica.

Como linhas de orientação futuras ou sugestões seria interessante replicar o estudo no contexto de outros ACeS, de outros grupos profissionais ou de equipa multiprofissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. *Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud* [Em linha]. Madrid: Ministerio de Sanidad Y Consumo, 2008. [consult. 2017-07-10]. Disponível em: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf.

AGENCY FOR HEATHCARE RESEARCH AND QUALITYa. *Engaging Patients and Families in Their Health Care* [Em linha]. [consult. 2017-07-16]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-family-engagement/index.html>.

AGENCY FOR HEATHCARE RESEARCH AND QUALITYb. *Frequently Asked Questions in Surveys on Patient Safety Culture* [Em linha]. [consult. 2017-07-16]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/pscfaq.html#Q1>.

AGENCY FOR HEATHCARE RESEARCH AND QUALITYc. *Improving Response Rates on the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture* [Em linha]. [consult. 2017-07-16]. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/sopstipsheet.html>

AGENCY FOR HEATHCARE RESEARCH AND QUALITYd. PATIENT SAFETY NETWORK. *Culture of Safety*. [Em linha]. 2017 [consult. 2017-07-16]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/primer/primer/5/culture-of-safety>.

AGNEW, Ç., FLIN, R. & MEARNS, K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland. *Journal of Safety Research*. 2013, vol. 45, pp. 95–101.

AGNEW, Ç. & FLIN, R. Safety Culture in Practice: Assessment, Evaluation, and Feedback. In: WATERSON, P. *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap. 8.

AIGNEREN, M. La técnica de recolección de información mediante los grupos focales. Universidad de Antioquia. *Revista Electrónica La Sociología en sus Escenarios*. 2002, nº 6, pp. 1-32.

AIKEN, L. et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012, nº 344 , pp.1-14.

ALVES, K. et al. Análise da segurança do paciente em ambientes de saúde. *Revista Cubana de Enfermeria*. 2017, vol. 33, nº 2, pp. 1-13.

ASHCROFT, D. et al. Safety culture assessment in community pharmacy: development, face validity, and feasibility of the Manchester Patient Safety Assessment Framework. *Quality Safety Health Care*. 2005, nº 14, pp. 417- 421.

ASTIER- PENA et al. Are Spanish primary care professionals aware of patient safety? *European Journal of Public Health*. 2015, vol. 25, nº 5, pp.781-787.

BARCLAY, S. et al. Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Family Practice*. 2002, vol. 19, nº 1, pp. 105-111.

BAILEY, K. *Methods of Social Research*. 4ª ed. New York: The Free Press, 1994.

BARLING, J., LOUGHLIN, C. & KELLOWAY, K. Development and Test of a Model Linking Safety-Specific Transformational Leadership and Occupational Safety. *Journal of Applied Psychology*. 2002, vol. 87, nº 3, pp. 488-496.

BEEBE, T. et al. Shortening a survey and using alternative forms of prenotification: Impact on response rate and quality. *BMC Medical Research Methodology*. 2010, vol. 50, nº 10, pp. 1-9.

BODUR, S. & SOHANI, E. A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal Quality Health Care*. 2009, vol. 21, nº 5, pp. 348-355.

BONDEVIK, G. The safety attitudes questionnaire – ambulatory version: psychometric properties of the Norwegian translated version for the primary care setting. *BMC Family Practice*. 2014, vol. 14, nº 139, pp. 1-10.

BONDEVIK, G. et al. Patient safety culture in Norwegian primary care:A study in out-of-hours casualty clinics and GP practices. *Scandinavian Journal of Primary Health*. 2014, vol. 32, nº 3, pp. 132-138.

BOWLING, A. *Research Methods in Health: Investigating healthand health services*. 4ª ed. Berkshire: Open University Press- McGraw-Hill Education, 2014.

CAREY, M. - O efeito do Grupo nos Grupos de Foco: Planear, Implementar e Interpretar Investigaçãocom Grupos de Foco. In: MORSE, J. *Aspectos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Coimbra: Formasau, 2007.

CARTHEY, J. - Improving Safety Culture in Healthcare Organisations. In: WATERSON, P. - *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap.7.

CLARKE, S. The relationship between safety climate and safety performance: A meta-analytic review. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2006, vol. 11, nº 4, pp. 315-327.

CHO, Y., JOHNSON , T. & VANGEST, J. Enhancing Surveys of Health Care Professionals: A Meta-Analysis of Techniques to Improve Response. *SAGE Journals*. 2013, vol. 36, nº 3, pp.382-407.

COOK, J., DICKINSON, H. & ECCLES, M. Response rates in postal surveys of healthcare professionals between 1996 and 2005: An observational study. *BMC Health Services Research*. 2009, vol. 160, nº9, pp.1-8.

COOK, C., HEATH, F. & THOMPSON, R. A metanalysis of response rates in web or internet based surveys. *SAGE Journals*. Dezembro 2000, pp.821-836.

COMITÉE ON IDENTIFYING AND PREVENTING MEDICATION ERRORS, BOARD ON HEALTH CARE SERVICES. *Preventing Medication Errors*. Washington: Nacional Academy of Science, 2007.

COMISSÃO EUROPEIAa. *Relatório da Comissão ao Conselho com base nos relatórios dos Estados Membros relativos à aplicação da Recomendação do Conselho sobre a Segurança do Doente, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde (2009/C 151/01)* [Em linha]. Novembro 2012. [consult. 2016-10-03]. Disponível em: http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_report_pt.pdf.

COMISSÃO EUROPEIAb. *Segundo relatório da Comissão ao Conselho relativo à aplicação da Recomendação 2009/C 151/01 do Conselho sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas a cuidados de saúde* [Em linha]. Junho 2014. [consult. 2016-10-03]. Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/ec_2ndreport_ps_implementation_en.pdf.

COMISSÃO EUROPEIAc - *Special Eurobarometer 241: Medical Errors* [Em linha]. Janeiro 2006. [consult. 2016-10-03]. Disponível em: http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_241_en.pdf

CONSELHO DA EUROPA - COMMITTEE OF EXPERTS ON MANAGEMENT OF SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. *Glossary of terms related to patient and medication safety – approved terms* [Em linha] Outubro 2005 [consult. 2016-10-03]. Disponível em: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS. *Ambientes favoráveis à prática: Condições de trabalho = Cuidados de Qualidade* [Em linha]. Genebra, 2007. [consult. 2017-07-10]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/kit_die_2007.pdf.

COOPER, M. & PHILLIPS, R. Exploratory analysis of the safety climate and safety behavior relationship. *Journal of Safety Research*. 2004, nº 35, pp. 497-512.

COPE, D. Using Electronic Surveys in Nursing Research. *Oncology Nursing Forum*. 2014, vol. 41, nº6, pp. 681-682.

COUPER, M. Web Surveys: A Review of Issues and Approaches. *Public Opinion Quarterly*. 2000, vol. 64, nº4, pp. 64-494.

COTÊ-ARSENAULT, D. *Focus Groups*. In: BECK, C. *Routledge international Handbook of Qualitative Nursing Research*. Oxon: Routledge Handbooks , 2013.

CURRAN et al. Systematic Review of Primary Care Safety Climate Survey Instruments: their origins, psychometric properties, quality and usage. *Journal of Patient Safety*.

DAKER-WHITE, G. et al. Balde the Patient, Blade the Doctor or Blame the System? A Meta-Synthesis of Qualitative Studies of Patient Safety in Primare Care. *Plos-On*. 2015, vol. 10, nº 8, pp. 1-42.

DECRETO-LEI nº 73/2017. D. R. I Série. Nº 118 (17-06-21), pp. 3128-3140.

DECRETO-LEI nº 298/2007. D. R. I Série. Nº 161 (07-08-22), pp. 5587-5596.

DESPACHO n.º 3635/2013. D. R. II Série Nº 47 (13-03-07), PP. 8528-8529.

DESPACHO n.º 1400-A/2015. D. R. II Série. Nº 28 (15-02-10), pp. 3882 (2-10).

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE - *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório Técnico Final*. Lisboa: DGS-Departamento Qualidade em Saúde. 2011.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Norma nº 003/2015 de 11.03.2015. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários* [Em linha]. 2015. [consult. 2015-11-13]. Disponível em: www.dgs.pt.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Norma nº nº 003/2015 de 11.03.2015 com actualização 06.02.2017. Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Cuidados de Saúde Primários* [Em linha]. 2017. [consult. 2017-03-10]. Disponível em: www.dgs.pt.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. *Violência contra Profissionais de Saúde: Notificação On-Line 2015* [Em linha]. 2016. [consult. 2017-03-10]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/violencia/estudos-e-relatorios.aspx>.

DOODY, O., SLEVIN, E. & TAGGART L. Preparing for and conducting focus groups in nursing research: part 2. *British Journal of Nursing*. 2013, vol.22, nº3, pp.170-173.

DRAKE, P. Focus groups. *Best practices in Research & Evaluation*. 2013, pp. 1-18.

EDWARDS, P. et al. Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009, vol. 3, nº 3, pp. 1-3.

EVANS, J. & MATHUR, A. The value of online surveys. *Internet Research*. 2005, vol. 15, nº 2, pp. 195-219.

FAN, W. & YAN, Z. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Elsevier Journal-Computers in Human Behavior*. 2010, vol. 26, pp. 132–139.

FAMOLARO, T. et al.a *Medical Office Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report* [Em Linha]. Rockville: AHRQ, 2016. AHRQ Publication No. 16-0028-EF. [consult. 2016-12-12]. Disponível em: <http://ahrq-test-web-1310354753.us-east-1.elb.amazonaws.com/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/medical-office/2014/mosurvey14pt2.pdf>.

FAMOLARO, T. et al.b *Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2016 User Comparative Database Report* [Em Linha]. Rockville: AHRQ, 2016. AHRQ Publication No. 16-0021-EF. [consult. 2016-12-12]. Disponível em: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2016/2016_hospitalops_report_pt1.pdf.

FARIA, P. & MOREIRA, P. Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde: Notas em torno do Despacho nº 14, de 24 de Junho de 2009 da Ministra da Saúde. *Revista Direito da Saúde*. 2009, vol. 27, nº2, pp. 103-131.

FARIA, P. Perspectivas do Direito da Saúde em Segurança do Doente com base na experiência norte-americana. *Revista portuguesa de Saúde Pública*. 2010, vol.10, p.81-88.

FELKNOR, S. et al. Safety Climate and Its Association with Injuries and Safety Practices in Public Hospitals in Costa Rica. *International Journal of Occupational and Environmental Health*. 2000, vol. 1, nº6, pp. 18-25.

FLIN, R. et al. Measuring safety climate in health care. *Quality & Safety Health Care*. 2006, vol. 15, nº 2, pp. 109-115.

FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. 2009.

FRAGATA, J. *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel. 2011.

FRANKEL, A. & LEONARD, M. *Update on Safety Culture* [Em Linha]. Julho/Agosto 2013. [consult. 2015-08-12]. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/perspectives/perspective/144/update-on-safety-culture>.

FREEMAN, T. Best Practice in focus group research: Making sense of different views. *Journal of Advance Nursing*. 2006, vol. 56, nº 5, pp. 491-497.

FREIXO, M. *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget. 2011.

GAAL, S., VERSTAPPEN, W. & WENSING, M. Patient Safety in Primary Care: a survey of general practitioners in the Netherlands. *BCM Health Services Research*. 2010, vol.10, nº 21, pp. 1-7.

GANASSALI, S. The Influence of the Design of Web Survey Questionnaires on the Quality of Responses. *Survey Research Methods*. 2008, vol. 2, nº 1, pp. 21-32.

GALEGO, C & GOMES, A. Emancipação, ruptura e inovação: o "focus group" como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*. 2005, nº 5, pp. 173-184.

GEOFFRION, P. - O grupo de discussão. In: GAUTHIER, B. - *Investigação Social da problemática à colheita de dados*. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003.

GEHRING, K. et al. Safety climate and its association with office type and team involvement in primary care. *International Journal Quality Health Care*. 2013, vol.25, nº 4, pp. 394-402.

GERSHON, R. et al. Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control*. 2000, vol. 28, nº 3, pp. 211–221.

GHOBASHI, M. et al. Assessment of Patient Safety Culture in Primary Health Care Settings in Kuwait. *Epidemiology Biostatistics and Public Health*. 2014, vol. 11, nº 3, pp. e9101-1-9.

GIMENO, D. et al. Organisational and occupational risk factors associated with work related injuries among public hospital employees in Costa Rica. *Occupational and Environmental Medicine*. 2005, nº 62, pp. 337-343.

GONÇALVES, D. Pesquisas de marketing pela internet: as percepções sobre a optica dos entrevistados. *Revista de Administração Mackenzie*. 2008, vol. 9, nº 7, pp.70-88.

GULDENMUND, F. - Organisational Safety Culture Principles. In: WATERSON, P. - *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap.2.

GRIFFIN , M. & NEAL, A. Perceptions of Safety at Work: A Framework for Linking Safety Climate to Safety Performance, Knowledge, and Motivation. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2000, vol. 5, nº 3, pp. 347-358.

GROVES, R. & PEYTCHEVA, E. The impact of nonresponse rates on nonresponse bias. *Public Opinion Quarterly*. 2008, vol. 72, nº 2, pp. 167-189.

GINSBURG, L. et al. An educational intervention to enhance nurse leaders perceptions of patient safety culture. *Health Services Research*. 2005, vol. 40, nº 4, pp. 997-1020.

HALLIGAN, M. & ZECEVIC, A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *Quality Safety Healthcare*. 2011, vol. 20, nº4, pp. 338-343.

HAMMER, A. & MANSER, T. The Use of the Hospital Survey on Patient Safety Culture in Europe. In: WATERSON, P. - *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap.11.

HART, A. et al. The impact of personalized prenotification on response rates to an electronic survey. *Western Journal of Nursing Research*. 2009, vol. 31, nº 1, pp.17-23.

HEALTH AND SAFETY EXECUTIVE. *HSE Human Factors Briefing Note No. 7 Safety Culture* [Em Linha]. 2002. [Consult. 2016-06-06]. Disponível em: <http://www.hse.gov.uk/humanfactors/topics/07culture.pdf>.

HEDSKOLD, M. et al. Psychometric properties of the hospital survey on patient safety culture, HSOPSC, applied on a large Swedish health care sample. *BMC Health Services Research*. 2013, vol. 13, nº 332, pp. 1-11.

HOFFMANN, B. et al. The Frankfurt Patient Safety Climate Questionnaire for General Practices (FraSiK): analysis of psychometric properties. *BMJ Quality Safety*. 2011, vol. 20, nº 9, pp.797-805.

HOFMANN, D. & MARK, B. An investigation of the relationship between safety climate and medication errors as well as other nurse and patient outcomes. *Personnel Psychology*. 2006, vol. 4, nº 59, pp. 847-869.

HOLDEN, L., WATTS, D. & HINTON, W. Patient Safety Climate in Primary Care: Age Matters. *Journal of Patient Safety*. 2009, vol. 5, nº 1, pp. 23-28.

HUANG, D. et al. Intensive care unit safety culture and outcomes: a US multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2010, vol. 22, nº 3, pp.151-161.

HUANG, Y. et al. Safety climate and self-reported injury: Assessing the mediating role of employee safety control. *Accident Analysis & Prevention*. 2006, vol. 38, nº 3, pp.425-433.

ILLINGWORTH, J. Continuous improvement of patient safety: The case for change in the NHS. Learning Report [Em Linha]. London: The Health Foundation, 2015. [Consult. 2017-05-14]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/ContinuousImprovementPatientSafety.pdf>.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. Centros de Saúde (Nº) por localização geográfica (NUTS -2013) e tipo de serviço [Em Linha] [consult. 29 Junho 2017]. Disponível em: <https://www.ine.pt>.

INSTITUTE OF MEDICINEa. COMMITTEE TO DESIGN A STRATEGY FOR QUALITY REVIEW AND ASSURANCE IN MEDICARE. Washington (DC): National Academies Press . 1990.

INSTITUTE OF MEDICINEb. *Measuring the Quality of Health Care*. Washington: The National Academies Press. 1999.

ITOH, K. & ANDERSEN, H. *A National Survey on Healthcare Safety Culture in Japan: Analysis of 20,000 Staff Responses from 84 Hospitals* [Em Linha]. [Consult. 2016-08-14]. Disponível em:

https://www.researchgate.net/profile/Henning_Andersen/publication/242114512_A_National_Survey_on_Healthcare_Safety_Culture_in_Japan_Analysis_of_20000_Staff_Responses_from_84_Hospitals/links/54370e1a0cf2bf1f1f2d45d4.pdf.

ITOH, K., ANDERSEN, H. & MIKKELSEN, K. - Safety Culture Dimensions, Patient Safety Outcomes and their Correlations. In: WATERSON, P. - *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap.4.

JACKSON, J., SARAC, C. & FLIN, R. Hospital safety climate surveys: measurement issues. *Current Opinion in Critical Care*. 2010, vol. 16, nº6, pp. 632-638..

JÚNIOR, D., et al. Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010, vol. 10, p.40-46.

KAPLAN, R. e NORTON, D. *A estratégia em ação : Balanced Scorecard*. 16ª ed. Rio de Janeiro: Gulf Professional Publishing. 1997.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. *Psicologia em Revista*. 2004, vol. 10, nº 15, pp. 124-136.

KIRK, S. et al. Patient safety culture in primary care: developing a theoretical framework for practical use. *Quality & Safety Health Care*. Agosto 2007, nº 16, pp.313-320.

KLABUNDE, C. et al. Improving the Quality of Surveys of Physicians and Medical Groups: A Research Agenda. *Evaluation & the Health Professions*. 2012, vol. 35, nº4, pp. 477-506.

KLEMP, K. et al. Developing a patient safety incident classification system for primary care. Delphi-survey by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice*. 2015, vol. 21, sup. 1, pp.35-38.

KOUSGAARD, M., JOENSEN, A. & THORSEN, T. Reasons for not reporting patient safety incidents in general practice: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2012, vol. 30, nº 4, pp.199-205.

LEAPE, L. et al. Transforming healthcare: a safety imperative. *Quality Safety and Health Care* 2009, vol. 18, nº 6, pp. 424-428.

LEGIDO-QUIGLEY, H. et al. 2008. *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A case for action* [Em Linha]. Copenhagen : World Health Organization. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. [Consult. 2017-01-14]. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98233/E91397.pdf.

LEI nº 156/2015. D. R. / *Série*. Nº 181 (15-09-16), pp. 8059-8105.

LEONARD, M., FRANKEL, A. How can Leaders influence a safety culture? [Em Linha]. The Health Foundation, Maio 2012. [Consult. 2017-01-14]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/HowCanLeadersInfluenceASafetyCulture.pdf>.

LINNEAUS Euro-PC. *Why the focus on primary care?* [Em linha]. [Consult. 2016-07-10]. Disponível em: <http://www.linneaus-pc.eu/LinneausProject.html>.

LIVINGSTON, E. e WISLAR, J. Minimum Response Rates for Survey Research. *Archives of Surgery*. 2012, vol. 147, nº 2, pp. 110.

MACK, N. et al. 2005. *Qualitative Research Methods: A Data Collector's Field Guide*. North Carolina: Family Health International, 2005.

MAKEHAM, M., et al. *Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research: Results of a literature review*. World Health Organization [Em linha]. 2008. [Consult. 2016-12-15]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/makeham_dovey_full.pdf

MARK, B. et al. Does safety climate moderate the influence of staffing adequacy and work conditions on nurse injuries? *Journal Safety Research*. 2007, vol. 38, nº 4, pp. 431–446.

MANFREDA, L. et al. Web Surveys versus Other Survey Modes: A Meta-Analysis Comparing Response Rates. *International Journal of Market Research*. 2008, vol. 50, nº 1, pp. 79-104.

MANNION, R., KONTEH, F. & DAVIES, H. Assessing organisational culture for quality and safety improvement: a national survey of tools and tool use. *Quality & Safety In Health Care*. 2009, vol. 18, nº 2, p.153-6.

MCDONALD, R. & WARING, J. Creating a Safety Culture: Learning from Theory and Practice. In: WATERSON, P. - *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap.6.

MCGUIRE et al. Patient Safety Perceptions of Primary Care Providers after Implementation of an Electronic Medical Record System. *Journal of General Internal Medicine*. 2013, vol.28, nº2, pp. 184-192.

- MCLEOD, C. et al. Health Care Provider Surveys in the United States, 2000–2010: A Review. *Evaluation & the Health Professions*. 2013, vol.36, nº 1, pp.106-126.
- MCPEAKE, J., BATESON, M. e O'NEILL, A. Electronic surveys: how to maximise success. *Nurse Researcher*. 2014, vol. 21, nº3, pp. 24-26.
- MENDES, C. E BARROSO, F. Promover uma cultura em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2014, vol. 2, nº 32, pp. 197-205.
- MERTON, R., FISKE, M. & KENDALL, P. *The Focused Interview: A Manual of Problems and Procedures*. San Francisco: Free Press. 1990.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Relatório Anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos estabelecimentos do SNS e entidades convencionadas 2015* [Em linha]. Julho 2016. [consult. 2017-03-10]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/Relat%C3%B3rio-Anual-sobre-o-Acesso-a-Cuidados-Sa%C3%BAde-no-SNS-2015-MS.pdf>.
- NAHRGANG, J., MORGESON, F. & HOFMANN, D. Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes. *Journal of Applied Psychology*. 2010, vol. 96, nº 1, pp.71-94.
- NAJJAR, S. et al. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in palestinian hospitals. *Safety in Health*. 2015, vol. 1, nº 16, pp. 1-9.
- NORDÉN-HAGG, A. et al. Assessing safety Culture in Pharmacies: the psychometric validation of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in a national sample of community pharmacies in Sweden. *BMC Clinical Pharmacology*. 2010, vol. 10, nº 8, pp.1-12.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem* [Em linha]. 2014, pp. 1-38. [consult. 2016-11-10]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf.
- ORNELAS, M., PAIS, D. e SOUSA, P. Patient Safety Culture in Portuguese Primary Health Care. *Quality in Primary Care*. 2016, vol. 24, nº 5, pp. 214-218.

PARKER, D. et al. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *European Journal of General Practice*. 2015, vol. 15, supl. 1, pp.26-30.

PATANKAR, M. et al. *Safety Culture: Building and Sustaining a Cultural Change in Aviation and Healthcare*. Surrey: Ashgate, 2012.

PEYTON, L. et al. 2010. Evaluation of medication reconciliation in an ambulatory setting before and after pharmacist intervention. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2010, vol. 50, nº4, pp.490-495.

PLUMMER-D'AMATO, P. Focus group methodology Part 2: considerations for analysis. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2008, vol. 15, nº 3, pp. 123-129.

POLIT, D. & BECK, C. *Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática de Enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

QUILLIVAN, R. Patient Safety Culture and the Second Victim Phenomenon: Connecting Culture to Staff Distress in Nurses. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2016, vol. 42, nº 8, pp. 377-384.

RECOMENDAÇÃO DO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA 2009/C 151/01 sobre a segurança dos pacientes, incluindo a prevenção e o controlo de infeções associadas aos cuidados de saúde. *Jornal Oficial da União Europeia*. [Em linha] Junho 2009, pp. 1-6. [consult. 2015-10-17].

Disponível

em:

http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/patient_safety/docs/council_2009_ro.pdf

RIBAS, M. Eventos adversos em Cuidados de Saúde Primários: promover uma cultura de segurança. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2010, vol. 26, pp. 585-589.

SALAS, E. et al. Using Simulation-Based Training to Improve Patient Safety: What Does It Take? *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2015, vol. 31, nº 7, pp. 363-371.

SAHLQVIST, S. et al. Effect of questionnaire length, personalisation and reminder type on response rate to a complex postal survey: randomised controlled trial. *BMJ Medical Research Methodology*. 2011, vol. 11, nº 62, pp. 1-8.

SOUSA, P., UVA, A. & SERRANHEIRA, F. Investigação e inovação em segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2010, vol. 10, pp. 89-95.

SOUSA, A. *Avaliação da Cultura de Segurança do Doente num Centro Hospitalar da Região Centro*. Faculdade de Economia, Universidade de Coimbra, 2013. Tese de Mestrado.

SCOTT, A. et al. 2011. A randomized trial and economic evaluation of the effect of response mode on response rate, response bias, and item non-response in a survey of doctors. *BMC Medical Research Methodology*. 2011, vol. 11, nº 126, pp.1-12.

SCHOENMAN, J. et al. Impact of Differential Response Rates on the Quality Of Data Collected in the Cts Physician Survey. *Evaluation & The Health Professions*. 2003, vol. 26, nº 1, pp. 23-42.

SCHWAPPACH, D. et al. Threats to patient safety in the primary care office: concerns of physicians and nurses. *Swiss Medical Weekly*. 2012, vol. 142, w1360.

SEXTON, J. et al. Assessing and Improving Safety Climate in a large cohort of intensive care Units. *Critical Care Medicine*. 2011, vol.39, nº 1, pp. 934-939.

SHEEHAN, K. E-mail Survey Response Rates: A Review. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 2001, vol. 6, nº 2, pp.1-17.

SINGER, S., et al. Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals. *Health Services Research*. 2009, Vol. 44, nº 2, pp. 399-421.

SINGH, G. et al. - *Measuring Safety Climate in Primary Care Offices* [Em linha]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2008. [Consult. 2016-01-20]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43706/?report=reader>.

SILVA, I. , VELOSO, A & KEATING, J. Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*. 2014, nº 26, pp. 175-190.

SILVA, T. et al. Avaliação da cultura de segurança do doente no ACeS Espinho/Gaia. In: *A liderança do Enfermeiro Gestor e a Segurança do Doente- Vencendo desafios, Traçando Novos Rumos - Livro de Comunicações* [Em linha]. Évora, 2015. Évora: Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores. pp.28-30. [Consult. 2016-01-20]. Disponível em: <https://www.associapro.com/docdownload.aspx?file=doc2981.pdf>.

SMITH, D. et al. Hospital Safety Climate, Psychosocial Risk Factors and Needlestick Injuries in Japan. *Industrial Health*. 2010, vol. 48, pp. 85-95.

SORRA, J. & BATTLES, J. 2014. Lessons from the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture. In: WATERSON, P. - *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap.12.

STREUBERT, H. & CARPENTER, D. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusididacta. 2011.

STREUBERT, H. & CARPENTER, D. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusididacta. 2013.

TABRIZCHI, N. & SEDAGHAT, M. The First Study of Patient Safety Culture in Iranian Primary Health Centers. *Acta Medica Iranica*. 2012, Vol.50, nº 7, pp. 505-510.

TALITI, Z. & GRIFFIN, M. - Patient Safety Culture and Organisational Behaviour: Integrating Error, Leadership and the Work Environment. In: WATERSON, P. - *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap.3.

THE HEALTH FOUNDATIONa. Evidence Scan: Levels of harm in primay care [Em linha]. Novembro 2011. [Consult. 2016-09-07]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/LevelsOfHarmInPrimaryCare.pdf>.

THE HEALTH FOUNDATIONb. Safety culture: What is it and how do we monitor and measure it? A summary of learning from a Health Foundation roundtable [Em linha]. Março 2013. [Consult. 2016-09-07]. Disponível em: <http://www.health.org.uk/sites/health/files/SafetyCultureWhatIsItAndHowDoWeMeasureIt.pdf>.

TORIJANO-CASALENGUA, M. et al. Validación de un cuestionario para evaluar la cultura de seguridad del paciente de los profesionales de atención primaria en Espana. *Atención Primaria*. 2013, vol. 45, nº 1, pp. 21-37.

TRIER, H., et al. Involving patients in patient safety programmes: A scoping review and consensus procedure by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *The European Journal of General Practice*. 2015, Suppl. 1, pp. 56-61.

TSANG, C., MAJEED, A. & AYLIN, P. Consultations with general practitioners on patient safety measures based on routinely collected data in primary care. *Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports* . 2012, vol. 3, nº 1, pp. 1-9.

TIMM, M. & RODRIGUES, M. Adaptação transcultural de instrumento de cultura de segurança para a Atenção Primária: Cross-cultural adaptation of safety culture tool for Primary Health Care. *Acta Paul Enfermagem*. 2016, vol.26, nº1, pp.26-37.

UNIVERSITY OF MANCHESTER. *Manchester Patient Safety Framework (MaPSaF): Primary Care* [Em linha]. 2006. [Consult. 2017-07-10]. Disponível em: <http://www.nrls.npsa.nhs.uk/resources/?entryid45=59796>.

ULRICH, B. E KEAR, T. Patient Safety and Patient Safety Culture: Foundations of Excellent Health Care Delivery. *Nephrology Nursing Journal*. 2014, vol. 41, nº 5, pp. 447-457.

VERBAKEL, N. et al. 2013. Measuring safety culture in Dutch primary care: psychometric characteristics of the SCOPE-PC questionnaire. *BMC Health Services Research*. 2013, vol. 13, nº 354, pp. 1-8.

WALLIS, K., & DOVEY, S. Assessing patient safety culture in New Zealand primary care: a pilot study using a modified Manchester Patient Safety Framework in Dunedin general practices. *Journal of Primary Health Care*. 2011, vol. 3, nº 1, pp. 35-40.

WATERSON, P. - Organisational Safety Culture Principles. In: WATERSON, P. - *Patient Safety Culture: Theory, Methods and Application*. Surrey: Ashgate, 2014. Cap.1.

WEBAIR, H et al. Assessment of patient safety culture in primary care setting, Al-Mukala, Yemen. *BMC Family Practice*. 2015, vol. 16, nº 136, pp. 1-9.

WET, C. et al. Measuring perceptions of safety climate in primary care: a cross-sectional study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2012, vol. 18, pp. 135-142.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONa. *Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care*. [Em linha] Setembro 1978. [consult. 2016-07-10]. Disponível em: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONb. *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. [Em linha] Janeiro 2009, Version 1.1., Final Technical Report. [consult. 2015-11-25]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONc. THE SAFER PRIMARY CARE EXPERT WORKING GROUP. *Safer Primary Care: a Global Challenge*. [Em linha] Geneva, 2012. [consult. 2017-07-10].

Disponível em:
http://www.who.int/patientsafety/summary_report_of_primary_care_consultation.pdf?ua=1.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONd WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. Summary of the evidence on Patient Safety: implications for resarch [Em linha]. Geneva, Ashish Jha, 2008. [consult. 2016-07-10]. Disponível em:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATIONe. WORLD ALLIANCE FOR PATIENT SAFETY. Forward Programme 2006-2007 [Em linha]. Geneva: WHO, 2006. [consult. 2017-07-10]. Disponível em:
http://www.who.int/patientsafety/information_centre/WHO_EIP_HDS_PSP_2006.1.pdf.

ZWART et al. Patient safety culture measurement in general practice. Clinimetric properties of 'SCOPE'. *BMC Family Practice*. 2011, vol. 12, nº 117, pp. 1-7.

ANEXOS

Anexo 1 : Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente em Cuidados de Saúde Primários: Obstáculos e Estratégias de desenvolvimento da Cultura de Segurança do Doente.

Objectivo do estudo: Este estudo tem como objectivos:

Conhecer os obstáculos à adesão ao questionário de avaliação da cultura de segurança pelos enfermeiros do ACES Espinho/Gaia; Conhecer as possíveis estratégias a utilizar para ultrapassar os obstáculos identificados à avaliação da cultura de segurança pelos enfermeiros do ACES Espinho/Gaia.

Enquadramento: Este estudo é uma tese de Dissertação do Mestrado de Direcção e Chefia em Serviços de Enfermagem

Explicação do estudo: Neste estudo será utilizada como técnica de colheita de dados o *focus group* (entrevista em grupo focal). A entrevista será registada por dois transcritores, na sala de reuniões da USF S. Félix, numa única sessão de aproximadamente 2 horas.

Condições e financiamento: Não serão pagas as deslocações ou contrapartidas; o estudo é financiado pelo investigador; a sua participação é voluntária e não existirão quaisquer prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar. O estudo mereceu o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da ARSN.

Confidencialidade e anonimato: Será garantida a confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; os dados serão recolhidos de forma anónima, sem registos de dados de identificação. Os contactos serão efectuados em ambiente de privacidade.

Agradeço a sua participação neste estudo.

Telma Marisa Santos Silva

Enfermeira - ACES Espinho/Gaia –Unidade de Saúde Familiar S. Miguel

TM: 914480130 e-mail: enftelma@gmail.com

Assinatura/s:

¹ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20%C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinguia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome:

Assinatura:

Data: /.....

/.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo 2 : Sugestões de alteração do questionário dos participantes

Participante 1

Os termos prestador de cuidados e colaborador foram considerados um pouco estranhos, suscitando ambiguidade na interpretação. Sugestão: *“No decorrer do questionário, o termo prestador de cuidados refere-se ao médico(a), enfermeiro(a) e profissionais que fazem o diagnóstico, tratam o utente e prescrevem medicação. O termo colaborador refere-se a todos os profissionais da Unidade Funcional que não prestam cuidados diretos ao utente (não incluídos no termo anterior).”*

O termo *“consultório médico”* deve ser corrigido, uma vez que o serviço onde o profissional trabalha é uma *Unidade Funcional*, e o local de trabalho pode ser num gabinete ou não. Sugestão: *“Se o seu local de trabalho (Unidade Funcional) se encontra no mesmo edifício que outra(s) Unidade Funcional, responda apenas em relação ao seu local de trabalho.”*

Secção A

Substituir “cuidados médicos/clínicos” por “cuidados de saúde/clínicos”.

Secção B

1 “Laboratórios ou outros locais de meios complementares de diagnóstico?”

2 “Outros serviços externos requeridos (ex: serviços médicos de especialidades)?

Secção C: Trabalhar no seu local de trabalho

2 “Há uma boa relação de trabalho entre os prestadores de cuidados e os colaboradores?”

Secção D

2. “Os profissionais...”

3. “...marcar consultas.”

9. "...de monitorização / continuidade de cuidados"

Secção H

3. d. Assistente Técnico / Secretário Clínico

3. e. (enumerar o outro pessoa médico ou de apoio médico...)

Acrescentar um ponto 4, onde se especifique a tipologia da Unidade Funcional onde trabalha (USF (A/B), UCSP, UCC, USP, UAG, URAP)

Participante 2

- Acesso a cuidados domiciliários e acesso a cuidados de ECCL
- A segurança quanto ao local de trabalho - Domicilio (falta de apoio de outros profissionais, o facto dos profissionais estarem sózinhos e as condições físicas)
- Cuidadores Informais

Participante 3

Secção A: cuidados médicos/clínicos - os cuidados clínicos incluem todos os outros ou de saúde

- Secção A, Ponto 1: "consulta/visita domiciliária"; (a menos que na consulta já esteja incluída a visita. De qualquer maneira, fica mais perceptível)
- Secção A, Ponto 5: Equipa médica ou de Saúde. Assim já dava para incluir todos os profissionais, independentemente da unidade (URAP, por exemplo)
- Secção A, Ponto 7: consulta/visita domiciliária
- Secção B, Ponto 2: e outros profissionais de saúde.
- Secção C: arranjar uma secção dirigido às visitas domiciliárias, até porque também é uma função de todas as unidades de saúde com prestação de cuidados no ACES.

Outro tema que podia ser acrescentado seria o da Higiene. Provavelmente pode encaixar-se na parte da organização/desorganização, mas se calhar merece um lugar de maior destaque.

Participante 4

- Todo o vocabulário deste questionário está mais direcionado para a parte médica.
- Fala de consultórios médicos e numa unidade de saúde existem também consultórios(gabinetes) de enfermagem, salas de tratamentos...
- Relativamente a enfermagem pouca referência, como por exemplo o risco de troca de medicação na administração(vacinas com embalagem de laboratórios iguais ou muito idênticas)
- Condições de higiene ambientais da unidade de saúde.
- Confidencialidade dos dados do SClínico.
- Deveres éticos dos profissionais (sigilo profissional)

Anexo 3 : Autorizações da Comissão de Ética e da ARS Norte



ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.



DATA : 13 janeiro 2016

INFORMAÇÃO Nº 011/2016

Nº <Processo> <Registo>

PARA: Conselho Diretivo da ARS Norte

DE: Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte

ASSUNTO: Parecer nº 11/2016

Levo ao conhecimento desse Conselho Diretivo o Parecer nº 11/2016 sobre o Estudo "Avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários: obstáculos e estratégias de desenvolvimento da cultura de segurança do doente", aprovado na reunião de 12 de janeiro de 2016, por unanimidade.

À consideração superior

Ana Paula Capela
(Assessoria CES/UIC)

*Atchê em anexo
do parecer nº
CD.*

va/12
Rui Cernadas
Vice-Presidente do C.D.





ARS NORTE

Administração Regional
de Saúde do Norte, I.P.

M
He

Comissão de Ética para a Saúde
Administração Regional de Saúde do Norte, IP

PARECER Nº 11/2016

Sobre o estudo T498 – Estudo sobre “Avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários: obstáculos e estratégias de desenvolvimento da cultura de segurança do doente.”

A – Relatório

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Norte, I.P. (ARSN), iniciou a apreciação do Processo n.º T498, na sequência do pedido de parecer dirigido a esta Comissão, referente ao estudo “Avaliação da cultura de segurança do doente em cuidados de saúde primários: obstáculos e estratégias de desenvolvimento da cultura de segurança do doente.”, cuja investigadora é Telma Mariza Santos Silva, tendo como orientadora a Professora Doutora Margarida Eiras e co-orientadora a Professora Maria José Lumini. O estudo será realizado no ACES Espinho/Gaia.

Fazem parte do processo em análise os seguintes documentos: requerimento à CES, projeto de investigação, currículo da investigadora, modelo de consentimento informado, autorização para realização do estudo no ACES Espinho/Gaia, declaração dos orientadores, declaração de entrega de relatório final à CES, instrumento de recolha de dados – guião focus group e declaração de anonimização e uso exclusivo dos dados recolhidos neste estudo.

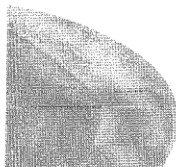
1. Trata-se de um estudo de Investigação qualitativo, descritivo e exploratório, sendo a amostra constituída pelos enfermeiros dos conselhos técnicos das unidades em estudo.

2. Recolha de dados:

A estratégia de recolha de dados é a técnica de grupos focais ou focus group. Serão previsivelmente constituídos dois grupos focais com os enfermeiros do conselho técnico ou equivalente que aceitarem participar no estudo (18 enfermeiros). O papel de moderador será assumido pela investigadora e o de observador pela sua co-orientadora. Será efetuado pedido de consentimento informado aos enfermeiros do conselho técnico para participação no estudo e será garantido o anonimato dos participantes e a confidencialidade dos dados recolhidos. A análise e tratamento de dados será realizado através da análise de conteúdo, das contribuições colhidas através da técnica de focus group.

3. Os objetivos deste estudo são: Compreender a perspetiva dos enfermeiros em relação aos fatores dificultadores/barreiras que condicionam a adesão à resposta ao questionário de avaliação da cultura de segurança pelos enfermeiros do Agrupamento de Centros de Saúde ACES Espinho/GAIA; identificar com os enfermeiros as estratégias a utilizar para ultrapassar os obstáculos identificados à avaliação da cultura de segurança pelos enfermeiros do ACES Espinho/Gaia; conhecer os problemas identificados pelos enfermeiros do ACES Espinho/Gaia na área de segurança do doente; definir estratégias de atuação com base nos problemas identificados.

B – Identificação das questões com eventuais implicações éticas



Rua Santa Catarina, 1288 Tel 220 411 000 arsn@arsnorte.min-saude.pt
4000-447 Porto Fax 220 411 005 www.arsnorte.min-saude.pt



**GOVERNO DE
PORTUGAL**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

1. Reconhece-se relevância e pertinência do estudo e interesse prático para a Saúde da população;
2. A confidencialidade dos dados recolhidos, o uso exclusivo para o presente estudo, bem como o anonimato, são estritamente garantidos pelo investigador.
3. Considera-se que está garantido o consentimento informado para a recolha de dados.
4. A participação não terá qualquer tipo de incentivo / recompensa ou punição, podendo o participante em qualquer momento, abandonar o estudo, sem que daí resulte qualquer prejuízo ou dano.
5. O estudo não é financiado, pelo que as despesas relacionadas com a execução do mesmo e sua divulgação ficam a cargo de cada uma das partes, nomeadamente deslocações para divulgação, disponibilização de edifícios e instalações, assim como equipamentos audiovisuais, fotocópias e consumíveis.

C – Conclusão

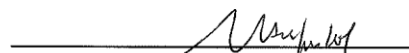
1. Face ao exposto, a CES delibera dar Parecer Favorável à realização deste estudo.

Aprovado em reunião do dia 12/1/2016, por unanimidade

O relator,


Mestre Maria Assunção Gomes Magalhães

O Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte IP


Professor Doutor Alberto Pinto Hespanhol